OBSGYN 1

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERINGATAN !!!

- Semua File Materi (PPT, PDF), File Try Out, dan Video Rekaman Kelas Mediko.Id telah terdaftar sebagai HAK ATAS KEKAYAAN INTELEKTUAL PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA dan dilindungi sepenuhnya oleh Hukum yang Berlaku
- Dilarang keras mengcopy atau memperbanyak Sebagian atau seluruh isi materi PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Dilarang keras mengupload ulang video rekaman kelas PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Dilarang keras membagikan atau memperjual-belikan akun Try Out maupun Video PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Jika terjadi pelanggaran akan diproses sesuai Hukum yang Berlaku (UndangUndang Hak Cipta) di Negara Kesatuan Republik Indonesia dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah)
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

ATTENTION!

Untuk informasi lebih lengkap terkait materi, kamu bisa klik tautan sumber yang ada dibawah materi ya!

DESAIN PENELITIAN

Analitik

Pembeda	Cross Sectional	Case Control	Cohort	
			Retrospektif	Prospektif
Identifikasi	**Saat itu juga, observasi dilakukan 1x saat pengumpulan data**	Dimulai dari identifikasi antara kasus dan control, kemudian ditlusuri factor resikonya	Pencarian data melalui rekam medis	Pencarian data di masa yang akan datang (*follow up*, periode tertentu)
Tujuan	**Prevalensi, proporsi**	*Causal association*, probabilitas	Insiden, prognosis, natural history of the disease	
Kelebihan	Mudah dan murah, sederhana	Biasanya untuk penyakit yang jumlah kasusnya sedikit	Menghasilkan data *temporal relationship* yang adekuat dan observasi yang seragam	
Kekurangan	*Temporal relationship* yang tendah, bias diagnosis	Bias recall	Permasalahan etik, waktu lama, mahal, bias *follow up*	
Hubungan	*Prevalence ratio* (PR)	*Odd ra[illegible]*	*Relative Risk* (RR)	

@mediko.id 0821-3403-8758 Kelon Complete MEDIKO UKMPPD 2025

(Sastroasmoro & Ismael, 2011) Hal. 110

SOURCE

DAFTAR ISI

Pemeriksaan Obstetri

Pelvimetri	4A
Penurunan Janin	4A
Tanda Kehamilan	4A

Ante Natal Care

Anamnesis	4A
Peneriksaan Fisik	4A
Vaksinasi TT	4A
Nutrisi Kehamilan	4A

Asuhan Persalinan Normal

Syarat APN	4A
4 Kala Persalinan	4A
Faktor Persalinan	4A
Nifas	4A

Persalinan Patologis

Persalinan Lama	3B
Persalinan Macet	3B
Persalinan Preterm	3B
Persalinan Posterm	3B
Kala 2	
Persalinan Dengan Alat Bantu	3
Kelainan Tenaga	3
Distosia Bahu	3B
Malpresentase Janin	3
Prolaps Tali Pusat	

Perdarahan Postpartum

Atonia Uteri	3B
Laserasi	3B
Retensio Plasenta	3B
Gangguan Koagulasi	3B
Sisa Plasenta	4A
Endometritis Akut	3B

Perdarahan Antepartum

Plasenta Previa	2
Solutio Plasenta	2
Vasa Previa	2
Implantasi Abnormal Plasenta	3B

Perdarahan Awal Kehamilan

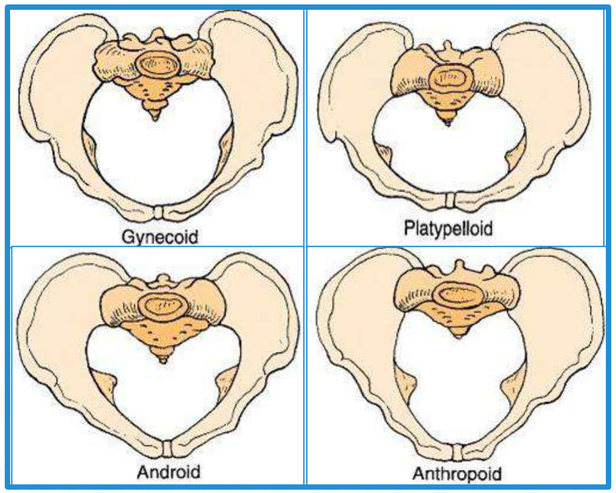
Abortus	4,3B
Mola Hidatidosa	2
Kehamilan Ektopik	2

PEMERIKSAAN OBSTETRI

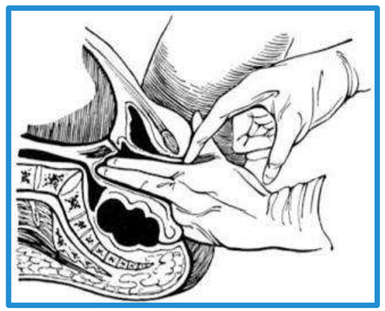
Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

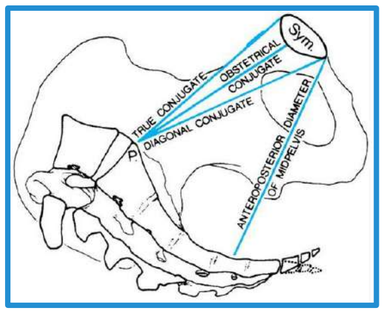
PELVIMETRI

PINTU ATAS PANGGUL	
Conjugata vera	9,5-11 cm (CD – 1,5 cm)
Conjugata diagonalis	11,5 cm – 13cm
PINTU TENGAH PANGGUL (Daerah tersempit panggul)	
Diameter Interspinosum	9,5-10,5 cm
PINTU BAWAH PANGGUL	
Diameter anteroposterior	10,5-12 cm



Ginekoid	: Diameter AP=TV (**paling baik untuk persalinan**
Android	: Diameter AP = TV, TV dekat sacrum
Anthropoid	: AP>TV
Platypelloid	: TV >AP





Kriteria Panggul Sempit

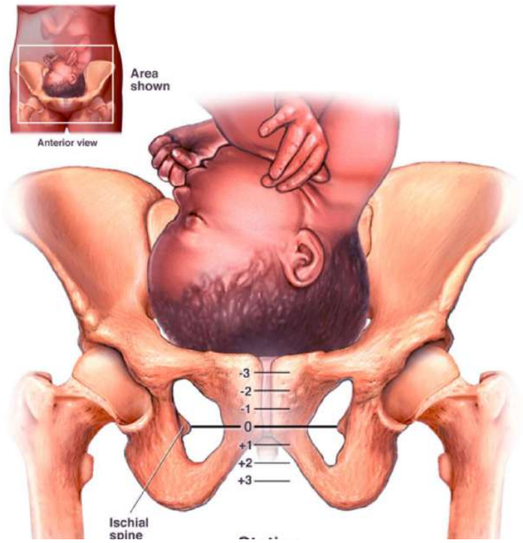
PINTU ATAS PANGGUL	
Conjugata Vera	<9,5 cm
Conjugata diagonalis	<11,5 cm
PINTU TENGAH PANGGUL (Daerah tersempit panggul)	
Diameter Interspinosum	<9,5cm
PINTU BAWAH PANGGUL	
Diameter anteroposterior	<11,5cm

(Sarwono et al, 2008) Hal 4 ; (Lilis et al, 2023) Hal 13

PENURUNAN BAGIAN TERENDAH JANIN

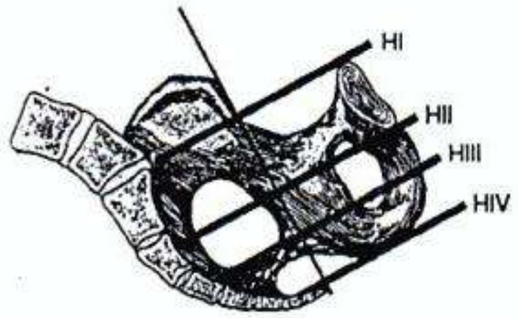
Sistem Station

Station 0 ≈ Hodge 3 ≈ 2/5 (perlimaan) ≈ **spina ischiadica**



Manifestasi Klinis

- Hodge 1: Pada **tepi atas simfisis**
- Hodge 2: Pada **tepi bawah simfisis**
- Hodge 3: Sejajar **spina ischiadica**
- Hodge 4: Ujung **bawah os coccygeus**



Perlimaan

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	H 1	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H 1-2	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H 2-3	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	H 3	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H 3-4	Kepala di dasar panggul
0/5	H 4	Perineum

(Lilis et al, 2023) Hal 12

TANDA KEHAMILAN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

TANDA KEHAMILAN

1. PRESUMPTIF	
Mual muntah	
Rasa kencang pada payudara	
Amenorrhea	
2. PROBABLE	
B-HCG	
Linea Nigra	
Tanda Chadwick	Perubahan warna kebiruan atau ungu pada cervix.
Tanda Goodel	Perlunakan portio cervix
Tanda Hegar	Perlunakan segmen bawah rahim
Tanda Hartman	Peradarahan akibat implantasi blastula di endometrium

C : Cervix
OO : Portio
H : Bawah rahim
H : Perdarahan

MEDIKOLOGIC

Tanda kehamilan presumtif → didapatkan dari anamnesa
Tanda kehamilan probable → didapatkan dari pemeriksaan fisik (**selain B-HCG**)

(Jones et al, 2006) Hal 254

TANDA KEHAMILAN

3. DEFINITIF

DJJ (+)

Laennec (UK 17-18 minggu)

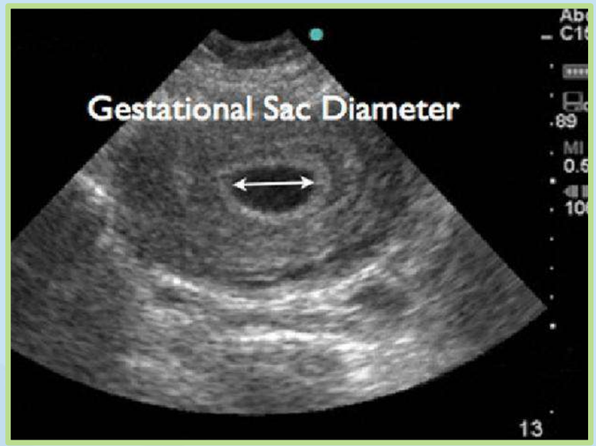
Doppler (UK 12 minggu)

USG: Gestasional sac

Gerakan janin (+) → UK >16 minggu

< 7 weeks	7-10 weeks	10-14 weeks	15-28 weeks	> 28 weeks
• GS	• CRL	• CRL • BPD • FL	• BPD • FL • HL	• FL • HL • BPD • Jarak binocular • Tulang Panjang lain

USG



GS : *Gestasional sac*
CRL : *Crown rump length*
BPD : *Biparietal diameter*
FL : *Femur length*
HL : *Humeral length*

(Ulrich et al, 2024) Hal 3 ; (Nasruddin et al, 2020) Hal 4

PERHITUNGAN USIA KEHAMILAN

Klasifikasi Masa Kehamilan:

- Trimester 1: 0 Minggu – 13 Minggu 6 Hari
- Trimester 2: 14 Minggu-27 Minggu 6 Hari
- Trimester 3: 28 Minggu-40 Minggu 6 Hari

Klasifikasi UK Melahirkan:

- Preterm: <37 Minggu
  - Extremely preterm: <28 minggu
  - Very preterm: 28-31 minggu 6 hari
  - Moderate-late preterm: 32-36 minggu 6 hari
- Aterm: 37 Minggu-41 minggu 6 hari
  - Early → 37 minggu – 38 minggu 6 hari
  - Full → 39 minggu – 40 minggu 6 hari
  - Late → 41 minggu – 41 minggu 6 hari
- Posterm: ≥ 42 minggu

Rumus Mc Donald's

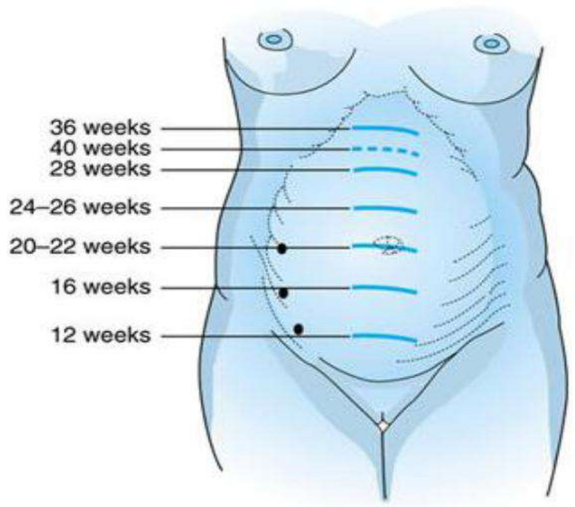
TFU (CM) X2/7 (BULAN)

ATAU

TFU (CM) X8/7 (MINGGU)

Rumus Bartholomew

- **8 Minggu:**
  Sebesar telur bebek
- **12 Minggu:**
  Di atas simpisis
- **20-22 Minggu:**
  Umbilicus
- **32 Minggu:**
  Pertengahan Umbilicus & Processus xyphoideus
- **36 Minggu:**
  3 jari dibawah xyphoideus



(Jones et al, 2006) Hal 254

TAKSIRAN KEHAMILAN

Siklus 28 hari, ovulasi 14 hari	
Rumus Naegle	Tanggal (HPHT+7), Bulan (HPHT-3), tahun (HPHT +1)
Siklus mens bukan 28 hari	
Rumus Parikh	Tanggal (HPHT+ (siklus-21)), Bulan (HPHT-3), tahun (HPHT +1)

Wanita, HPHT terakhir 31 Januari 2022, siklus mens setiap 25 hari. Kapan HPL-nya?

(Sarwono et al,2008) Hal 213

SOAL 1

Seorang ibu G1P0 usia kehamilan 38 minggu datang untuk evaluasi persalinan. Tinggi badan ibu 147 cm. Pemeriksaan panggul dalam menunjukkan promontorium sakrum teraba, spina ischiadica menonjol, dan diameter konjugata diagonalis berukuran 10 cm.

Interpretasi hasil pelvimetri pada pasien ini adalah:

a. Panggul normal
b. Panggul inlet sempit
c. Panggul outlet sempit
d. Panggul ginekoid
e. Panggul android

SOAL 2

Seorang perempuan 26 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan terlambat haid 2 bulan, mual pagi hari, payudara terasa tegang, dan sering berkemih. Pemeriksaan fisik menunjukkan pembesaran uterus sesuai usia kehamilan dan terdengar denyut jantung janin dengan Doppler.

Temuan yang merupakan tanda pasti kehamilan adalah:

a. Amenore
b. Mual dan muntah
c. Pembesaran uterus
d. Denyut jantung janin terdengar
e. Sering berkemih

SOAL 3

Seorang perempuan 26 tahun G1P0 datang ke Puskesmas pada tanggal 10 Maret 2025 dengan keluhan telat haid. Hari pertama haid terakhir (HPHT) adalah 1 Januari 2025, siklus haid teratur 28 hari. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 84 x/menit, RR 18 x/menit, T 36,7°C.

Usia kehamilan pasien saat ini adalah:

a. 8 minggu
b. 9 minggu
c. 10 minggu
d. 11 minggu
e. 12 minggu

ANTE NATAL CARE (ANC)

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ANTENATAL CARE

Leopold

First maneuver:
The superior surface of the fundus is palpated to determine consistency, shape, and mobility.

Second maneuver:
Both sides of the uterus are palpated to determine the direction the fetal back is facing.

Third maneuver:
This step determines the part of the fetus at the inlet and its mobility.

Fourth maneuver:
This step determines the fetal attitude and degree of fetal extension into the pelvis.

TFU

Diukur dari **simfisis pubis** sampai dengan **fundus uteri** dengan pita ukur (UK > 20 minggu)

Denyut Jantung Janin

- Laennec (17-18 minggu) → dihitung pada 5 detik pertama, ketiga, dan kelima, **dijumlah dan dikali 4**
- Doppler (12 mg)
- Normal: **110-160 x/menit**

Pemeriksaan Lab

Pemeriksaan lab rutin di kunjungan pertama :

- Kadar Hb, golongan darah dan Rhesus
- HIV, Sifilis, HbsAg (triple elimination)

USG

- UK < 15 minggu → usia gestasi, viabilitas, letak dan jumlah janin.
- UK 20 minggu → deteksi anomali
- Oleh dokter Umum → di K1 dan K5

- Bagian **bulat keras** → **KEPALA**
- Bagian **keras memanjang** → **PUNGGUNG**
- Bagian **bulat lunak** → **BOKONG**
- Bagian **kecil** → **JARI-JARI**

TBJ = (TFU – n) x 155

n = 12 (belum masuk PAP)

n = 11 (sudah masuk PAP)

(Sarwono et al,2008) Hal 278

ANTENATAL CARE

PANDUAN ANC 2020 KEMENKES:

ANC KEHAMILAN NORMAL MINIMAL **DILAKUKAN 6X** DENGAN RINCIAN :

2X DI TRIMESTER 1

1X DI TRIMESTER 2

3X DI TRIMESTER 3

MINIMAL **2X DIPERIKSA OLEH DOKTER** SAAT KUNJUNGAN 1 DI TRIMESTER 1 DAN SAAT KUNJUNGAN KE 5 DI TRIMESTER 3

- **K1** : **Skrining faktor risiko** kehamilan **(oleh Dokter)**
  - Bila **ibu datang pertama kali ke bidan** → **ANC rutin** → **rujuk ke dokter untuk dilakukan skrining**
- **K2, K3, K4, K6** : **Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining**
- **K5** : **Skrining faktor risiko** persalinan **(oleh Dokter)**

Tujuan skrining:

1. Menentukan **risiko persalinan**
2. Menentukan **tempat persalinan**
3. Menentukan **rujukan terencana**

(Rohmawati, 2020) Hal 6

ANTENATAL CARE

Sumber	Jumlah Kunjungan	Waktu Kunjungan	Fokus Pemeriksaan	USG
KEMENKES RI (Pedoman KIA 2023)	Minimal 6x	• 1 : ≤12m mgg • 2 : 13-27 mgg • 3 : 28-31 mgg • 4 : 32-36 mgg • 5 : 37-39 mgg • 6 : 40-41 mgg	BB, TD, Hb, Urine protein, TFU, DJJ, Vaksin TT	Min. 2x (pada trimester I & III)
POGI (2021, sejalan kemenkes)			Skrining komorbid (anemia, DMG, hipertensi, edukasi persiapan menyusui	
WHO (2016)	Minimal 8x	1x trimester 1, 2x trimester 2 (20 & 26 mgg). 5x trimester 3 (30, 34, 36, 38, 40 mgg)	Nutrisi, skrining IMS, TT, TD, TFU, anemia, HIV	Tidak mensyaratkan rutin USG, tetapi menyarankan bila tersedia
ACOG (2023)	12-14x	• Tiap 4 minggu (<28 mgg) • Tiap 2 minggu (28-36 mgg) • Tiap minggu (>36 mgg)		USG lengkap pada trimester 1 & 2

(Rohmawati, 2020) Hal 6

VAKSINASI TT

Vaksin TT ibu yang belum pernah diimunisasi / tidak tahu status imunisasi

Pemberian	Selang Waktu Minimal	Perlindungan
TT1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)	-
TT2	4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan selang waktu minimal terpenuhi)	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Vaksin tetanus ibu yang sudah pernah diimunisasi

Pernah	Selang Waktu Minimal
1x	TT2, 4 minggu setelah TT1
2x	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3x	TT4, 1 tahun setelah TT3
4x	TT5, 1 tahun setelah TT4
5x	Tidak perlu lagi

- Pemberian pada wanita usia subur atau ibu hamil → Didahului **skrining untuk mengetahui status imunisasi**
- Pemberian imunisasi TT tidak memiliki selang waktu imunisasi maksimal, hanya terdapat selang waktu minimal antar dosis TT
- Diberikan dengan dosis **0,5 ml secara intramuskular (IM)**

(Rohmawati, 2020) Hal 41 ; (Fitriani, 2022) Hal 66

NUTRISI DALAM KEHAMILAN

Kalori	• Ibu hamil: **2300 kkal** • Ibu menyusui: 2800 kkal
Protein	• Ibu hamil membutuhkan **30 gram/hari**
Kalsium	• Kebutuhan **1.5 – 2 gram/hari**
Zat besi	• Kebutuhan akan besi sekitar **60 mg/hari**
Asam folat	• Kebutuhan sekitar **400 mcg/hari** • Idealnya mulai dikonsumsi 2 bulan sebelum hamil • Jika sebelumnya ibu **pernah melahirkan bayi dengan Neural Tube Defect** maka kebutuhan menjadi **4000mcg/hari**

IMT pra Hamil (kg/m^2)	Kenaikan BB total selama kehamilan (kg)	Laju kenaikan BB pada trimester III (rentang rerata kg/minggu)
Gizi Kurang / KEK (<18,5)	12,71 – 18,16	0.45 (0.45 - 0.59)
Normal (18,5 – 24,9)	11,35 – 15,89	0.45 (0.36 - 0.45)
Kelebihan BB (25 – 29.9)	6,81 – 11,35	0.27 (0.23 - 0.32)
Obes (≥30.0)	4,99 – 9,08	0.23 (0.18 - 0.27)

(Rohmawati, 2020) Hal 20

SOAL 4

Seorang perempuan 24 tahun G1P0 datang ke Puskesmas untuk kunjungan ANC pertama pada usia kehamilan 20 minggu. Riwayat imunisasi tidak jelas dan pasien tidak membawa buku KIA. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 84 x/menit, RR 18 x/menit, T 36,7°C.

Tatalaksana imunisasi tetanus yang paling tepat pada pasien ini adalah:

a. Tidak perlu imunisasi karena sudah trimester II
b. Pemberian TT 1 saja selama kehamilan
c. Pemberian TT 1 kemudian TT 2 dengan interval minimal 4 minggu
d. Menunda imunisasi hingga postpartum
e. Pemberian TT lengkap 5 dosis segera

SOAL 5

Seorang perempuan 29 tahun G2P1 datang untuk kontrol ANC usia kehamilan 24 minggu. Pasien mengeluh cepat lelah. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 92 x/menit, RR 18 x/menit, T 36,8°C. Laboratorium menunjukkan Hb 9,1 g/dL.

Intervensi nutrisi paling tepat untuk kondisi pasien ini adalah:

a. Diet rendah protein untuk mengurangi mual
b. Suplementasi zat besi dan asam folat
c. Cukup pemberian asupan daging merah
d. Suplementasi kalsium saja
e. Pemberian vitamin A dosis tinggi

SOAL 6

Seorang ibu hamil G1P0 usia kehamilan 10 minggu datang untuk kunjungan ANC pertama. Ibu tampak sehat, tidak ada keluhan. Dokter merencanakan pemeriksaan laboratorium rutin sesuai standar ANC terpadu.

Pemeriksaan yang wajib dilakukan pada kunjungan ANC awal untuk mencegah penularan vertikal ke janin adalah:

a. Pemeriksaan TORCH lengkap

b. Pemeriksaan HIV dan sifilis

c. Kultur serviks rutin

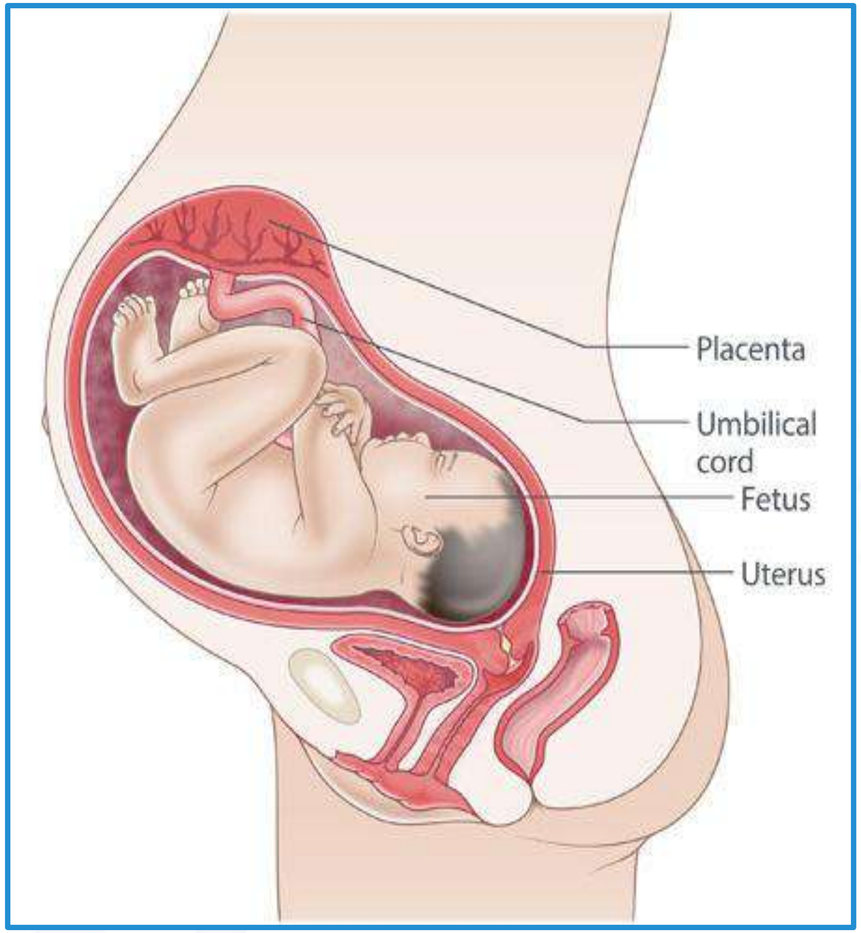
d. Pemeriksaan kadar progesteron

e. Pemeriksaan antibodi anti-D tanpa indikasi

ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ASUHAN PERSALINAN NORMAL



Persalinan Normal

- Usia kehamilan cukup bulan (37 – 42 weeks)
- Persalinan terjadi spontan
- Presentasi belakang kepala
- Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- Tidak ada komplikasi pada ibu dan janin

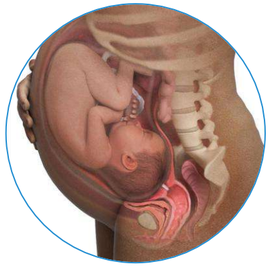
KALA	Deskripsi
1	• Fase laten : pembukaan 1-3 cm, selama 8 jam • Fase aktif : 4-10 cm, selama 6 jam
2	Pembukaan lengkap sampai bayi lahir
3	Bayi lahir sampai plasenta lahir, selama 30 menit
4	Plasenta lahir sampai 2 jam post partum

(Rohmawati, 2020) Hal 20

FAKTOR PERSALINAN

His, kekuatan kontraksi, kondisi kardiovaskular ibu

POWER



Panggul sempit / luas

PASSAGE

MEDIKOLOGIC

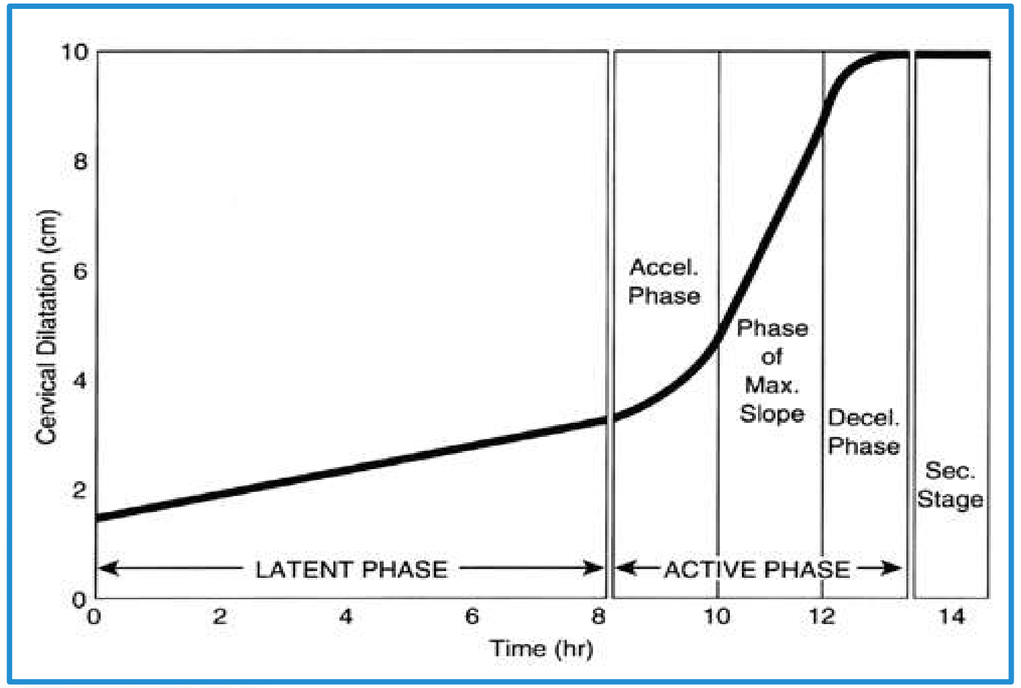
PASSENGER

Keadaan janin: letak, presentasi, posisi, ukuran

KALA I

Dimulai saat **kontraksi uterus sudah cukup untuk menimbulkan pendataran dan dilatasi serviks progresif**.

TANDA: **Kontraksi sering, ritmik, fundal dominan, pembukaan serviks 1,8 cm (primi)/2,2 cm (multi), bloody show**



Fase laten	Fase aktif
Pembukaan mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam	Pembukaan dari **4 cm sampai lengkap (+10 cm)**, berlangsung sekitar 6 jam Terbagi atas: • **Fase akselerasi** (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm • **Fase dilatasi maksimal** (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm • **Fase deselerasi** (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+10 cm)

(Sarwono et al, 2008) Hal 29 ; (Yulizawati, 2019) Hal 5

Pemantauan Kala I

KALA I		
Parameter	**Frekuensi pada fase laten**	**Frekuensi pada fase aktif**
Produksi urin, protein, aseton	Tiap 2-4 jam	
Tekanan darah, suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30-60 menit
DJJ	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi normal	Setiap 30 menit 1-2x/10’(20”)	Setiap 30 menit 3-4x/10’(30-40”)

(Sarwono et al,2008) Hal 38

KALA II

KALA II

Tanda:

- **Pembukaan serviks lengkap**
- Kepala janin tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm → **CROWNING**

Penanganan:

- Kosongkan vesika urinaria
- Mengatur posisi partus (posisi saat mengejan)
- Jaga kenyamanan ibu, asupan nutrisi, rehidrasi
- Ajarkan cara mengejan
- Cek DJJ saat dan setelah kontraksi

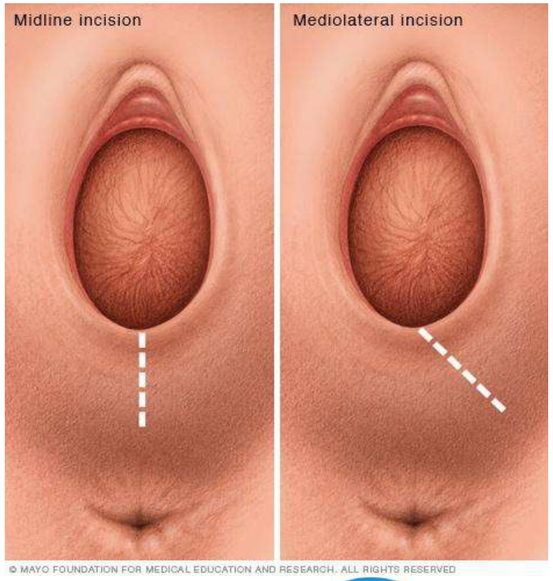
Tanda Kala II

- **DORAN**: Dorongan mengeran
- **TEKNUS**: Tekanan pada anus
- **PERJOL**: Perineum Menonjol
- **VULKA**: Vulva membuka

MEDIKOLOGIC

Indikasi Episiotomi:

- Perineum rigid
- Pertolongan persalinan **kala II primi**
- Patologi (tumor, sikatrik)
- Indikasi tertentu: bayi besar, distosia bahu, forceps, gawat janin



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED

(Yulizawati, 2019) Hal 6

KALA III

KALA III

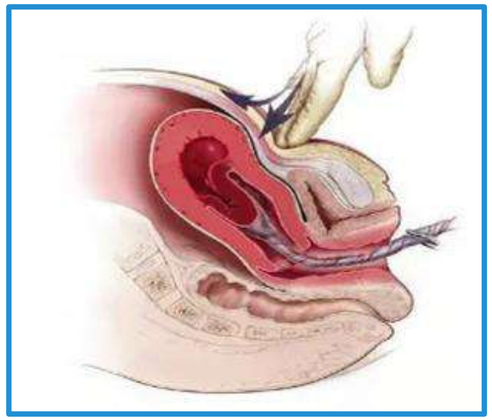
Dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta → **normalnya dalam 30 menit**

Manajemen Aktif Kala III

1. **Injeksi oksitosin**
   Injeksi Oksitosin10 unit IM pada 1/3 bawah pada kanan bagian luar dalam 1 menit setelah bayi lahir
2. **Peregangan tali pusat terkendali**
   Jika plasenta belum lahir dalam 15 menit → 10 IU oksitosin IM
   → 30 menit plasenta belum lahir → rujuk / manual plasenta
3. **Masase fundus uteri**
   Cek tonus uteri

Tanda Lepasnya Plasenta

1. Uterus globuler
2. Tali pusat memanjang
3. Semburan darah tiba-tiba



Oksitosin: 10 unit (1 ampul) IM sepertiga paha distal lateral

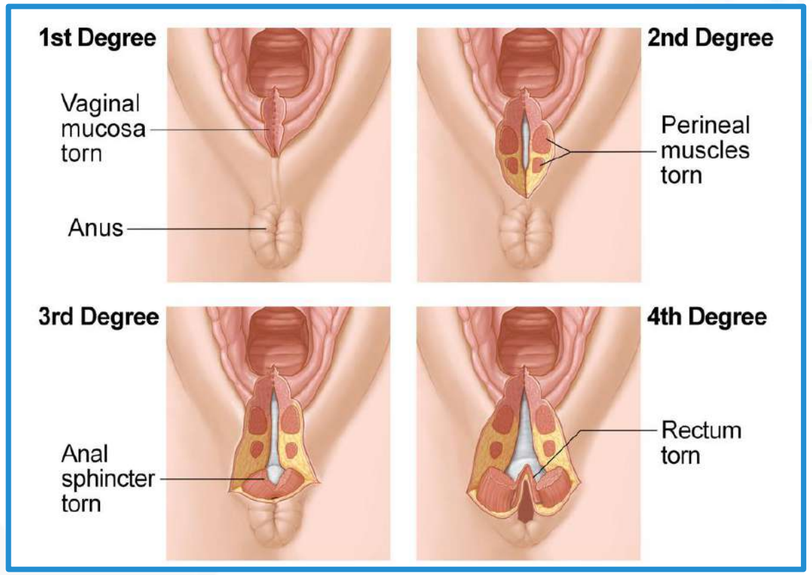
(Yulizawati, 2019) Hal 7 ; (Sarwono et al,2008) Hal 45

KALA IV

KALA IV
Setelah plasenta lahir sampai 2 jam post partum

- Monitor tanda vital, PPV, kontraksi uterus:
  - Setiap 15 menit selama jam pertama
  - Setiap 30 menit selama jam kedua
- Monitor suhu: Setiap 1 jam
- Monitor kontraksi uterus
- Perineorafi
- Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan
- Inisiasi menyusui dini

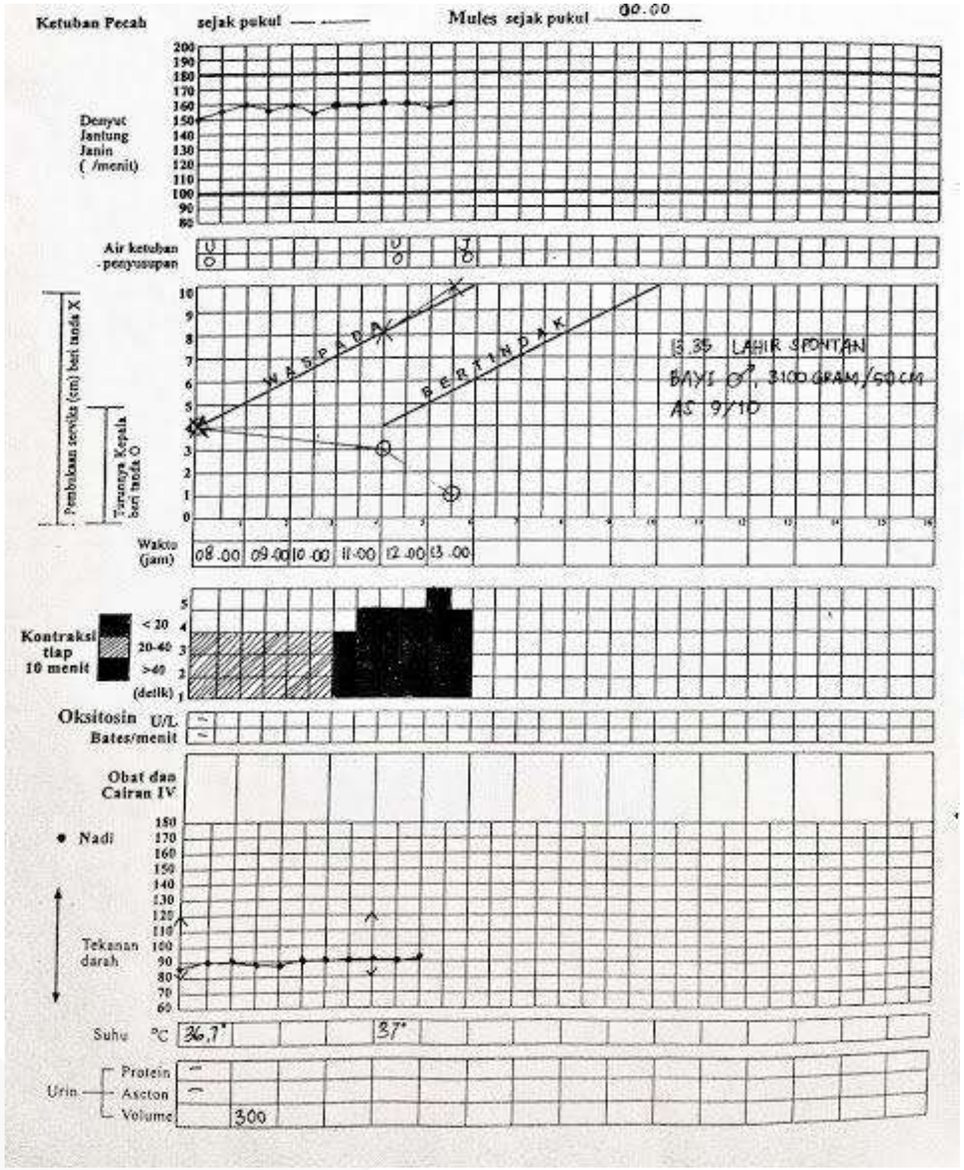
Ruptur Perineum



Derajat		Penjelasan	Tatalaksana
1	[4]	Laserasi epitel vagina	Perineorafi
2		Kerusakan pada otot perineum	
3	[3B]	3A : **robekan <50%** sphincter ani eksterna 3B : **robekan >50%** sphincter ani eksterna 3C : robekan juga meliputi **sphincter ani interna**	Hentikan perdarahan lalu rujuk
4		Robekan stadium 3 disertai robekan **epitel anus**	

(Yulizawati, 2019) Hal 7 ; (Sarwono et al,2008) Hal 175

PARTOGRAF



Definisi

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama **fase aktif persalinan** untuk menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi dini terjadinya partus lama.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:

1. DJJ tiap 30 menit
2. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
3. Nadi tiap 30 menit
4. Pembukaan serviks tiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
7. Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

MEDIKOLOGIC

DHiNa ½ BuTuTT Urine 4

DJJ, His, Nadi tiap ½ jam, Pembukaan serviks, Turunnya janin, Tekanan darah, Temperatur dan Urine tiap 4 jam

(Sarwono et al,2008) Hal 175

NIFAS (PUERPERIUM)

Masa dimana organ reproduksi kembali ke kondisi **sebelum hamil → 42 hari**

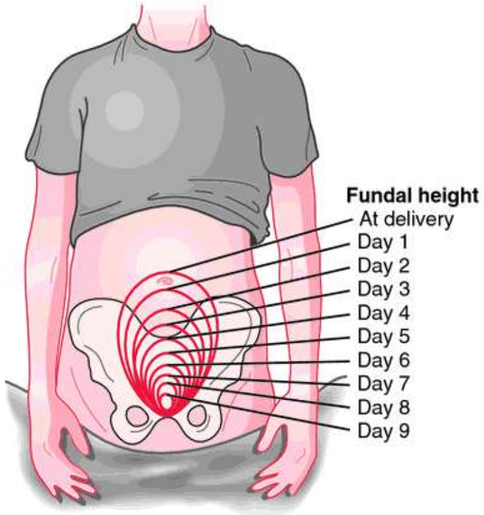
MEDIKOLOGIC
RuSaSeA

Lochia	Waktu	Warna
Rubra	2 hari	Merah
Sanguilenta	3-7 hari	Kuning berisi darah & lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning tanpa darah
Alba	>14 hari	Putih kekuningan

Lochia:
Cairan yang berasal dari sekret uterus

- Jika masih merah setelah 2 hari → **curiga plasenta restran**
- Jika muncul pus berbau busuk → **curiga endometritis**

Involusio Uteri



Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis pubis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis pubis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

(Savita, 2022) Hal 25

ASUHAN NIFAS NORMAL

Tanda Bahaya Nifas

1. Perdarahan postpartum
2. Infeksi pada masa postpartum
3. Lokia yang berbau busuk
4. Subinvolusi uterus
5. Nyeri pada perut dan pelvis
6. Pusing dan lemas berlebihan, nyeri kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
7. Payudara merah, panas, dan nyeri
8. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
9. Rasa sakit, merah, lunak, dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas
10. Demam, muntah, dan nyeri berkemih

Jadwal

JADWAL KUNJUNGAN NIFAS KEMENKES (2020):

Kunjungan nifas minimal **dilakukan 4x** dengan rincian :

KF 1: 6 jam sd 2 hari setelah persalinan

KF 2: 3-7 hari setelah persalinan

KF 3: 8-28 hari setelah persalinan

KF 4: 29-42 hari setelah persalinan

Pemeriksaan: tekanan darah, suhu tubuh, perdarahan pervaginam kondisi perineum, kontraksi uterus, tinggi fundus, payudara dan ASI, status mental, kontrasepsi, KIE, dan konseling

(Savita, 2022) Hal 25

SUBINVOLUSIO UTERUS

Definisi

Proses **mengecilnya uterus yang lebih lambat dari normal** saat masa nifas

Faktor Risiko

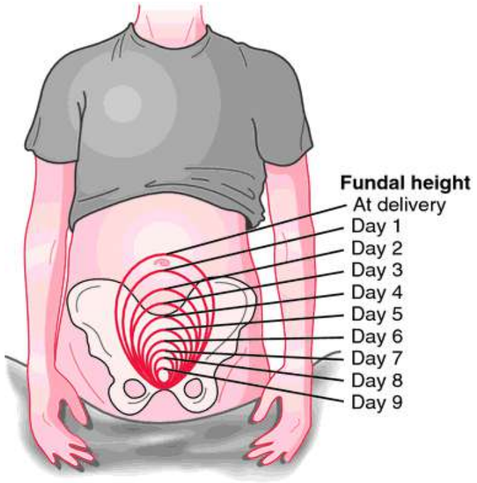
Multiparitas
Overdistensi
Kesehatan ibu yang buruk
SC

Etiologi

Retensio plasenta
Endometritis
Myoma uteri

Pem. Penunjang

USG
DL
Kultur darah dan vagina
PA jaringan kuretase



Klinis

Lokia yang abnormal
Perdarahan dari jalan lahir
Nyeri perut
Demam
TFU lebih tinggi dari normak

Terapi

Ergometrin po atau IM
Sisa plasenta –> kuretase
Endometritis -> antibiotik

(Sarwono et al,2008) Hal 655

SOAL 7

Seorang perempuan 29 tahun G3P2 datang ke Puskesmas dengan usia kehamilan 39 minggu mengeluh mulas teratur setiap 5 menit sejak 3 jam terakhir. Pemeriksaan menunjukkan TD 120/80 mmHg, N 88 x/menit, RR 18 x/menit, T 36,7°C. Tinggi fundus sesuai usia kehamilan, presentasi kepala, DJJ 144 x/menit reguler, pembukaan serviks 4 cm, ketuban utuh, tidak ditemukan perdarahan maupun tanda penyulit obstetri. **Berdasarkan data di atas, tindakan yang paling tepat terkait penatalaksanaan persalinan di fasilitas tersebut adalah:**

a. Merujuk ke rumah sakit karena masih kala I aktif
b. Melakukan induksi persalinan segera
c. Melanjutkan asuhan persalinan normal sesuai standar
d. Melakukan amniotomi karena pembukaan < 5 cm
e. Memberikan tokolitik untuk menghentikan kontraksi

SOAL 8

Seorang ibu hamil mengalami persalinan sulit. Ditemukan kontraksi adekuat, tetapi kepala janin tidak mengalami penurunan meskipun pembukaan lengkap. Pemeriksaan menunjukkan panggul sempit.

Faktor utama yang menyebabkan gangguan persalinan pada kasus ini adalah:

a. Power
b. Passenger
c. Passage
d. Psikologis
e. Penolong

PERSALINAN PATOLOGIS

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERSALINAN PRETERM

Definisi

Persalinan pada usia kehamilan **<37 minggu**

Klasifikasi

- Extremely preterm: kelahiran pada usia kehamilan <28 minggu
- Very preterm: kelahiran pada usia kehamilan 28 - 31 minggu lebih 6 hari
- Moderate to late preterm: kelahiran pada usia kehamilan 32 – 36 minggu lebih 6 hari

Terapi

Syarat terapi ekspektan (konservatif) :

- Usia kehamilan antara 24-34 minggu
- Dilatasi serviks kurang dari 4 cm
- Tidak ada korioamnionitis (infeksi intrauterine), preeclampsia, atau perdarahan aktif
- Tidak ada gawat janin

(Irwinda et al, 2019) Hal 3

PERSALINAN PRETERM

Tokolitik

- Nifedipin : Dosis awal 30mg → Dilanjutkan 3 x 10 mg peroral
- Terbutalin sulfat : 1000 ug (2 ampul) dalam 500 ml larutan infus NaCl 0,9% dengan dosis awal pemberian 10 tetes/menit Dinaikkan 5 tetes/menit tiap 15 menit hingga kontraksi hilang

Salbutamol

- Dosis awal 10 mg IV dalam 1 liter cairan infus 10 tetes/menit setiap 30 menit sampai kontraksi berhenti atau denyut nadi >120x/menit
- Dosis dipertahankan hingga 12 jam setelah kontraksi hilang

Kortikosteroid

- Dexametason 6 mg IM setiap 12 jam sebanyak 4x atau
- Betametason 12 mg IM setiap 24 jam sebanyak 2x

Antibiotik

- Ampicillin 2 gr IV setiap 6 jam atau
- Penicillin G 2 juta unit IV setiap 6 jam atau
- Klindamisin 3 x 300 mg PO (jika alergi Penicillin)

(Irwinda et al, 2019) Hal 3

PERSALINAN POSTERM

Definisi

Janin yang belum dilahirkan pada **UK ≥42 minggu**

Faktor Risiko

- Riwayat kehamilan posterm sebelumnya
- Primigravida
- Obesitas maternal
- Usia maternal tua

Pemeriksaan Penunjang

- **USG** → pemeriksaan awal
  - **Menyesuaikan UK janin**
  - **Oligohidramnion**
    - Amniotic Fluid Index (AFI) ≤5 cm
    - Single deepest pocket <2 cm
  - **EFW** : Makosomia /IUGR
- **CTG Non Stress test** → menilai keadaan janin

Tatalaksana

- Induksi Persalinan → tawarkan sejak UK 41 minggu
- Lakukan pematangan serviks terlebih dahulu bila Bishop skor <6

(Irwinda et al, 2019) Hal 3

SOAL 9

Seorang ibu G1P0 usia 24 tahun datang ke IGD dengan usia kehamilan 33 minggu. Ia mengeluh kontraksi teratur sejak 6 jam terakhir, disertai nyeri punggung bawah. Pemeriksaan menunjukkan pembukaan serviks 3 cm, effacement 70%, ketuban utuh, dan DJJ 150x/menit reguler.

Diagnosis yang paling tepat adalah:

a. Persalinan aterm
b. Ancaman persalinan preterm
c. Persalinan preterm
d. Persalinan presipitatus
e. Persalinan postterm

SOAL 10

Seorang ibu hamil 41 minggu direncanakan induksi persalinan. Pemeriksaan serviks menunjukkan: pembukaan 3 cm, penipisan 60%, konsistensi lunak, posisi anterior, dan penurunan kepala −1.

Makna klinis dari Bishop score pada kasus ini adalah:

a. Menentukan berat badan janin
b. Menilai kesiapan serviks untuk induksi
c. Menilai kesejahteraan janin
d. Menentukan usia kehamilan
e. Menentukan kebutuhan seksio sesarea

SOAL 11

Seorang ibu G2P1 usia 30 tahun datang untuk kontrol. Usia kehamilan berdasarkan HPHT dan USG awal adalah 42 minggu 3 hari. Ibu mengeluh gerakan janin berkurang. **Komplikasi paling mungkin terjadi pada janin akibat kondisi ini adalah:**

a. Distres napas akibat prematuritas
b. Makrosomia dan aspirasi mekonium
c. Berat badan lahir rendah
d. Sindrom gangguan napas neonatal
e. Hipoglikemia neonatal akibat prematuritas

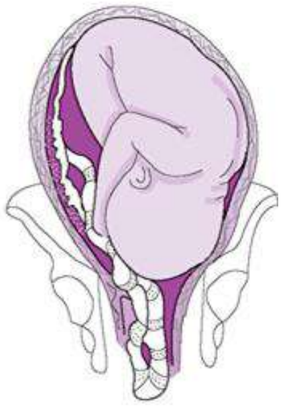
PROLAPS TALI PUSAT

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PROLAPS TALI PUSAT / PROLAPSE FUNIKULI

Tali Pusat Menumbung

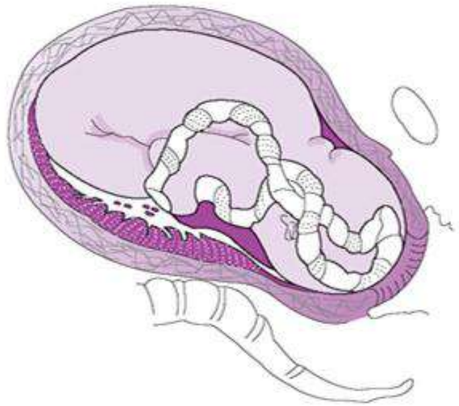
Tali pusat teraba keluar atau berada di samping dan **melewati bagian terendah janin di dalam jalan lahir. (Biasa terjadi pada saat ketuban sudah pecah)**



Overt prolapse
membrane ruptured

Tali Pusat Terkemuka

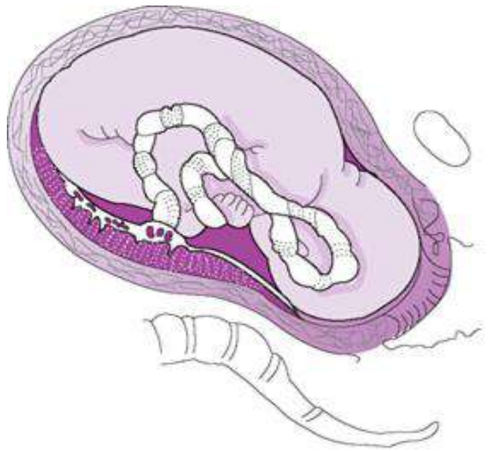
Tali pusat berada di samping bagian besar janin, **dapat teraba pada kanalis servikalis. (Selaput ketuban biasanya masih utuh)**



cord presentation
membrane in tact

Occult Prolapse

Tali pusat terletak di **samping kepala atau pelvis, tidak dapat teraba.**



occult prolapse
membrane in tact

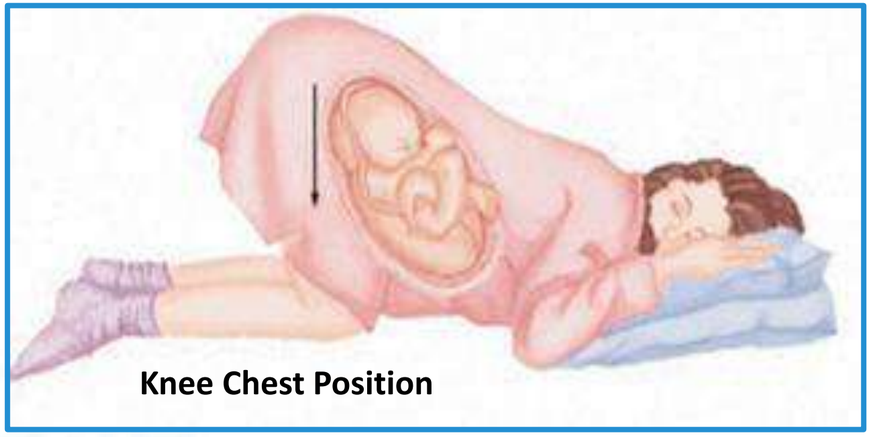
(Sarwono et al, 2008) Hal 154

Teraba tali pusat di jalan lahir / tali pusat tampak di luar

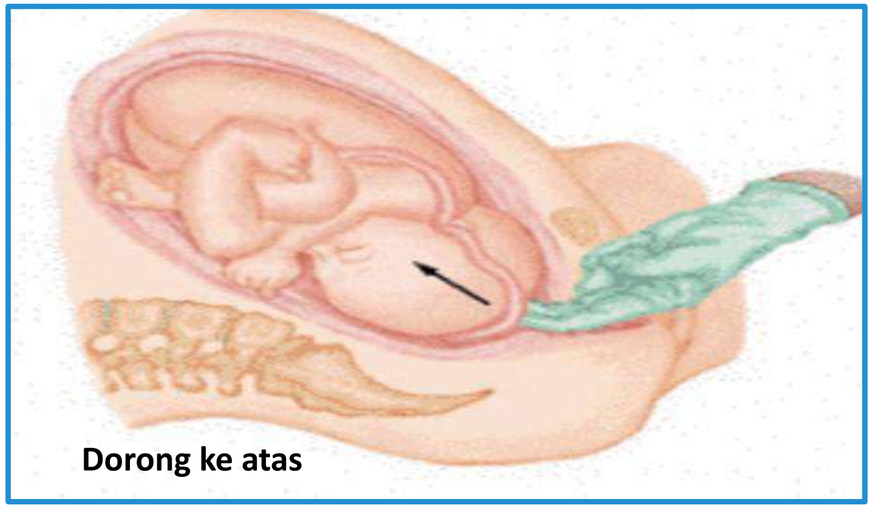
Raba tali pusat untuk periksa pulsasi

Pulsasi terba

- Tidak
  - Bayi berhasil lahir pervaginam?
    - Ya
      - Lakukan pervaginam
    - Tidak
      - **Rujuk**
- Ya
  - Berikan ibu O2 4-6 L/menit dengan kanul nasal/sungkup
  - Jangan memindahkan tali pusat secara manual
  - Posisikan ibu dalam posisi *knee chest*
  - Berikan tokolisis untuk mengurangi kontraksi uterus



Knee Chest Position



Dorong ke atas

(Sarwono et al, 2008) Hal 158

SOAL 12

Seorang perempuan multipara datang ke IGD setelah ketuban pecah mendadak di rumah. Pemeriksaan menunjukkan TD 100/60 mmHg, N 110 x/menit, RR 22 x/menit, T 36,8°C. DJJ 90 x/menit. Pada pemeriksaan dalam teraba tali pusat berada di depan bagian terendah janin.

Tatalaksana segera yang paling tepat adalah:

a. Induksi persalinan

b. Memasukkan kembali tali pusat ke dalam uterus

c. Memposisikan ibu knee–chest dan rujuk untuk seksio sesarea

d. Observasi hingga pembukaan lengkap

e. Pemberian oksitosin

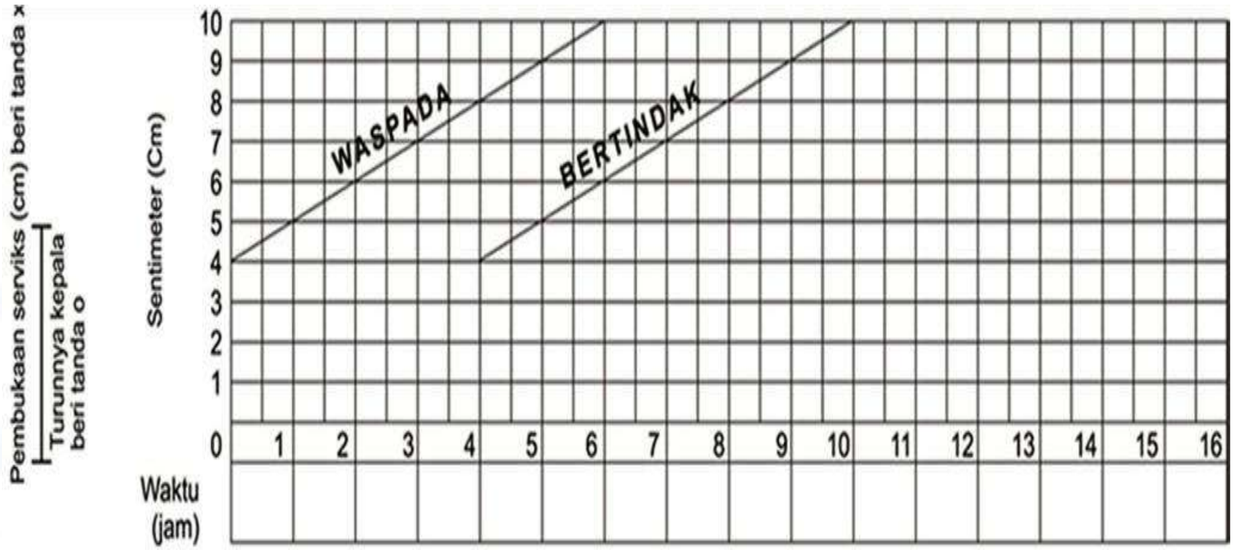
GANGGUAN KALA I & II

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERSALINAN LAMA

Definisi

Gangguan kemajuan persalinan → **lebih lama dari yang diharapkan**



Kala 1 Fase Aktif	Kala 2 Memanjang
Kelainan dilatasi serviks	**Kelainan penurunan bagian terbawah janin**
Distosia	**> 2 jam** untuk nullipara dan **1 jam** multipara
Grafik pembukaan serviks berada pada antara **garis waspada dan bertindak atau sudah memotong garis bertindak**	Maksimal **3 jam nulipara dan 2 jam multipara** pada pasien dengan anestesi epidural

(Savita, 2022) Hal 25 ; (Yulizawati, 2022) Hal 8

PERSALINAN MACET

Definisi

Gangguan kemajuan persalinan → **tidak ada kemajuan sama sekali**

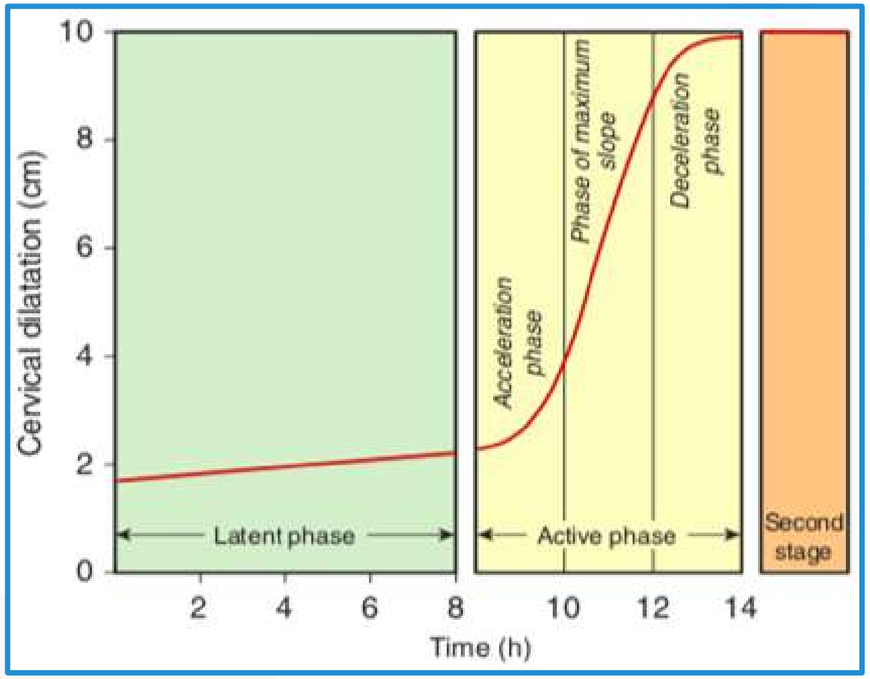
Etiologi

KALA I	KALA II
Gangguan His : • Inersia uteri → persalinan lama • Kontraksi uterus hipertonik • Inkoordinasi kontraksi uterus	• Distosia bahu • Kala II memanjang
Gangguan Passage Disproprosi kepala-panggul	
Gangguan Passenger • Malposisi, malpresentasi • Disproporsi kepala-panggul	

(Yulizawati, 2022) Hal 8

KELAINAN KALA I FASE LATEN

Partus Tak Maju / Partus Macet	
Nulipara	Multipara
Fase laten >20 jam	Fase Laten >14 jam



Pola Persalinan	Nulipara	Multipara	Tindakan	Terapi di Rumah Sakit
Kelainan pembukaan serviks			RUJUK	
Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif	<1.2 cm/jam	<1.5 cm/jam		Dukungan dan terapi ekspetatif
Kemajuan turunnya bagian terendah	<1cm/jam	<2cm/jam		*Sectio caesarea* bila CPD atau obstruksi
Partus Macet				
Fase deselerasi memanjang	>3 jam	>1 jam		Infus oksitosin, bila tak ada kemajuan lakukan seksio sesarea
Terhentinya pembukaan (dilatasi)	>2 jam	>2 jam		
Terhentinya penurunan bagian terendah	>1 jam	>1 jam		
Kegagalan penurunan bagian terendah	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2	Tidak ada penurunan pada fase deselerasi atau kala 2		*Sectio caesarea* bila CPD atau obstruksi

(Savita, 2022) Hal 25

Tatalaksana

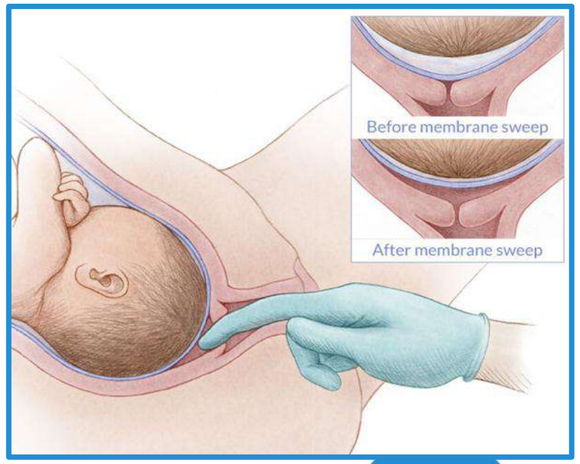
- Rujuk ke RS yang bisa melakukan SC
- Tentukan penyebab partus macet

Penyebab	Contoh	Tatalaksana
Power	His tidak adekuat	Augmentasi his
Passenger	bayi besar, malposisi, malpresentasi	Forsep, vakum, SC
Passage	Panggul sempit, tumor	Forsep, vakum, SC

Teknik Induksi

1. **Mekanik** (syarat: pembukaan serviks >6cm)
   - *Stripping of the membrane* (lepas kulit ketuban)
   - Pecah kulit ketuban
2. **Obat-obatan** (oksitosin)

OBAT	DOSIS
Oksitosin	20-40 unit dalam 1L kristaloid diinfus 200-500 mL / jam dan dititrasi untuk mempertahankan kontraksi uterus & mengontrol perdarahan
Methylergonovine maleate	0,2 mg IM
Carboprost tromethamine	0,25 mg IM dapat diulang setiap 15 menit (max 2g)
Misoprostol	800-1000 µg PR



Teknik Induksi dengan Uterotonika

(Sarwono,2008) Hal 73

BISHOP SCORE

MEDIKOLOGIC

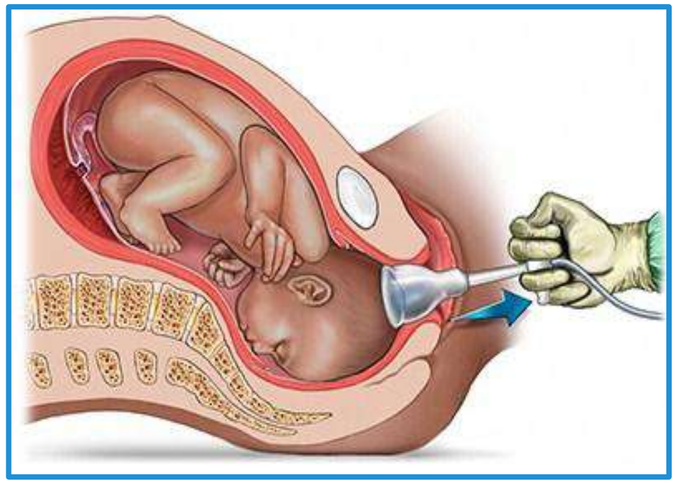
4P+1K

FAKTOR	NILAI			
	0	1	2	3
Pembukaan serviks	0	1-2	3-4	
Pendataran serviks	0-30	40-50	60-70	
Penurunan kepala	-3	-2	-1,0	+1,+2
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	-
Posisi serviks	Kebelakang	Searah sumbu jalan lahir	Kedepan	-

Nilai Bishop ≥ 6	**Induksi persalinan**	Bisa berhasil induksi dan persalinan pervaginam
Nilai Bishop <6	**Pematangan serviks**	• Seleksi pasien untuk induksi persalinan dengan letak vertex • Dipakai pada kehamilan 36 minggu atau lebih

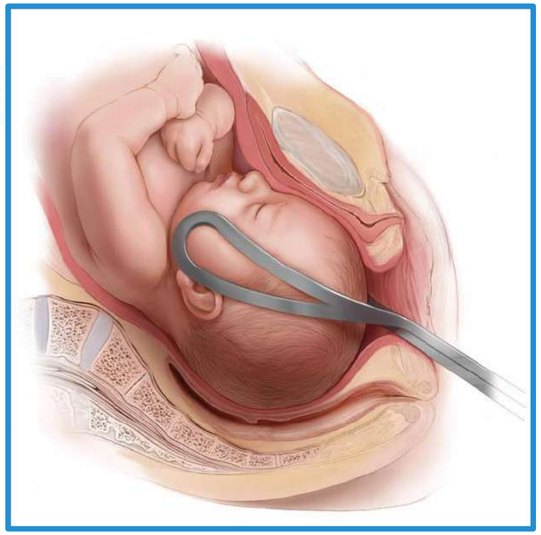
(Sarwono et al,2008) Hal 75

EKSTRAKSI FORCEPS & VAKUM



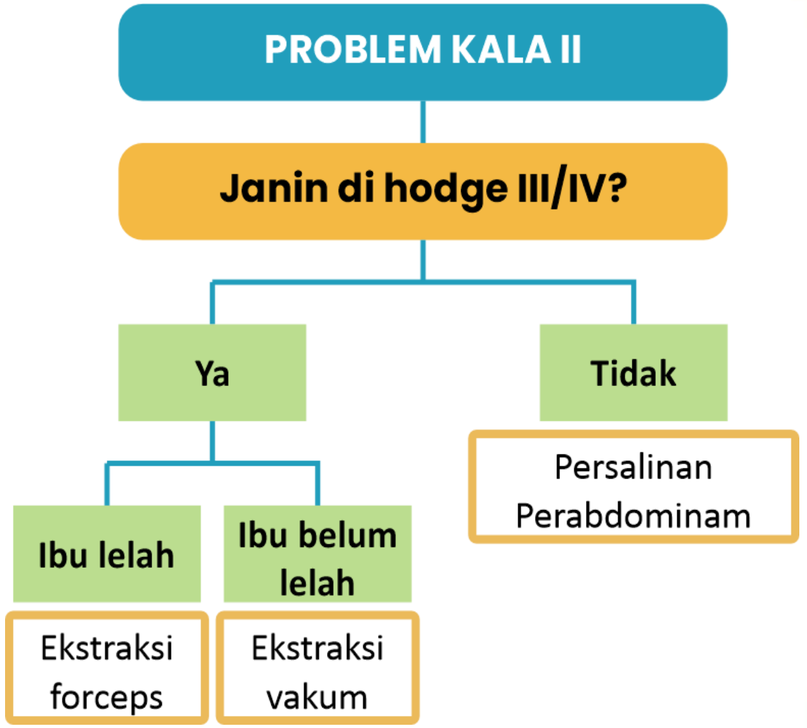
Syarat Ekstraksi Vakum

- Presentasi belakang kepala (UUK)
- Janin aterm
- Pembukaan lengkap
- Kepala di Hodge III-IV atau 1/5-2/5
- Pasien masih bisa meneran



Syarat Ekstraksi Forceps

- Presentasi belakang kepala atau muka dengan dagu di depan, atau kepala menyusul pada sungsang
- Pembukaan lengkap
- Penurunan kepala 0/5 (Hodge IV)
- Ibu Kelelahan

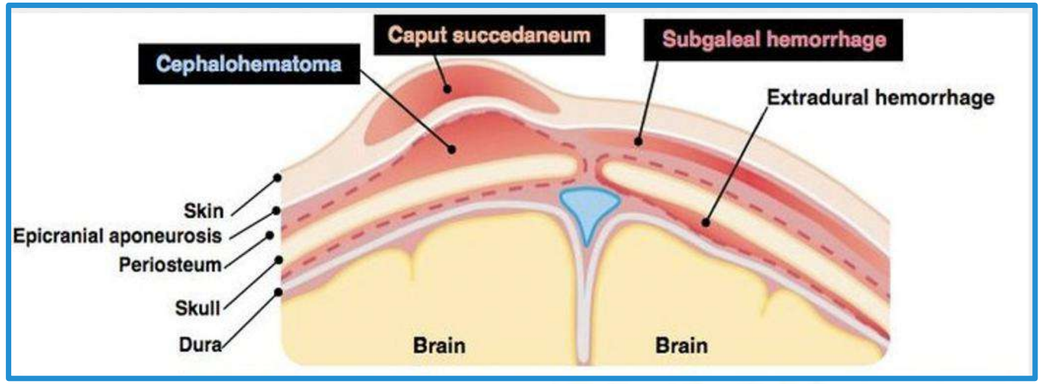


MEDIKOLOGIC

Vacuum cleaner itu melalahkan, shg Ibu lelah tidak boleh Vacum → HARUS FORCEPS

(Sarwono,2008) Hal 80

Komplikasi



Komplikasi	Melewati Sutura	Gejala klinis
Caput succedaneum	+	**Syok (-)** Benjolan di kepala, hiperemis, fluktuasi (+)
Subgaleal hematom	+	**Syok (+)** Benjolan di kepala
Cephal Hematom	-	Benjolan di kepala unilateral

MEDIKOLOGIC

CeCEP gak bisa lompat pagar
Cephalhematome tidak melewati sutura

Melewati sutura → **Caput succedaneum & Subgaleal hematom**

Tidak melewati sutura → **Cephal hematome**

(Akangire, 2016) Hal 454

KELAINAN TENAGA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KELAINAN TENAGA

Jenis Kelainan	Deskripsi
Inersia Uteri	**His lemah, pendek, jarang** → tidak adekuat untuk membuka serviks dan mendorong janin • Fase laten: 2-3x/10 menit, selama 20-30” (jika inadekuat → **inersia uteri primer**) • Fase aktif: 4x/10 menit, selama >40 detik (jika inadekuat → **inersia uteri sekunder**)
His Hipertonik	His terlalu kuat dan terlalu efisien sehingga persalinan terlalu cepat **(Partus presipitatus → <4 jam)**
Incoordinate uterine contraction	Tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah; tidak ada dominasi fundus.

Predisposisi : **primigravida** terutama usia tua, **kelainan letak janin**/disproporsi fetopelvik, **gemelli** dan **hidramnion**

(Yulizawati, 2022) Hal 39

SOAL 13

Seorang perempuan 22 tahun G1P0 datang ke fasilitas kesehatan dengan keluhan persalinan yang sudah berlangsung ±24 jam. Kontraksi uterus adekuat. Pemeriksaan obstetri menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 90 x/menit, RR 20 x/menit, T 36,9°C. Pembukaan serviks menetap di 7 cm selama 6 jam terakhir dan tidak didapatkan penurunan kepala janin. DJJ 148 x/menit reguler.

Diagnosis obstetri yang paling tepat adalah:

a. Persalinan normal
b. Persalinan presipitatus
c. Persalinan lama
d. Persalinan macet
e. Kala laten memanjang

SOAL 14

Seorang perempuan 31 tahun G1P0 usia kehamilan 40 minggu direncanakan induksi persalinan karena diabetes gestasional terkontrol. Pemeriksaan serviks menunjukkan pembukaan 1 cm, penipisan 30%, konsistensi keras, posisi posterior, dan penurunan kepala −3.

Metode induksi persalinan yang paling tepat pada kondisi ini adalah

a. Amniotomi langsung
b. Oksitosin drip langsung
c. Pematangan serviks dengan prostaglandin
d. Versi luar
e. Seksio sesarea elektif

SOAL 15

Seorang perempuan multipara dalam persalinan kala II memanjang. Pemeriksaan menunjukkan TD 120/80 mmHg, N 92 x/menit, RR 20 x/menit, T 36,8°C. Pembukaan serviks lengkap, ketuban sudah pecah, kepala janin sudah berada di dasar panggul. DJJ 170 x/menit dengan deselerasi ringan. Dokter memutuskan persalinan dengan alat bantu.

Tindakan paling tepat pada kondisi ini adalah:

a. Seksio sesarea
b. Induksi oksitosin
c. Ekstraksi vakum
d. Versi luar
e. Amniotomi

SOAL 16

Seorang perempuan inpartu cukup bulan mengalami kontraksi uterus yang lemah dan tidak teratur sejak awal persalinan. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 86 x/menit, RR 18 x/menit, T 36,7°C. Pembukaan serviks berjalan lambat. Tidak ditemukan kelainan letak, presentasi, atau ukuran janin.

Diagnosis gangguan persalinan pada kasus ini adalah:

a. Disproporsi sefalopelvik
b. Kelainan passenger
c. Inersia uteri
d. Persalinan presipitatus
e. Persalinan macet karena panggul sempit

DISTOSIA BAHU

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

DISTOSIA BAHU

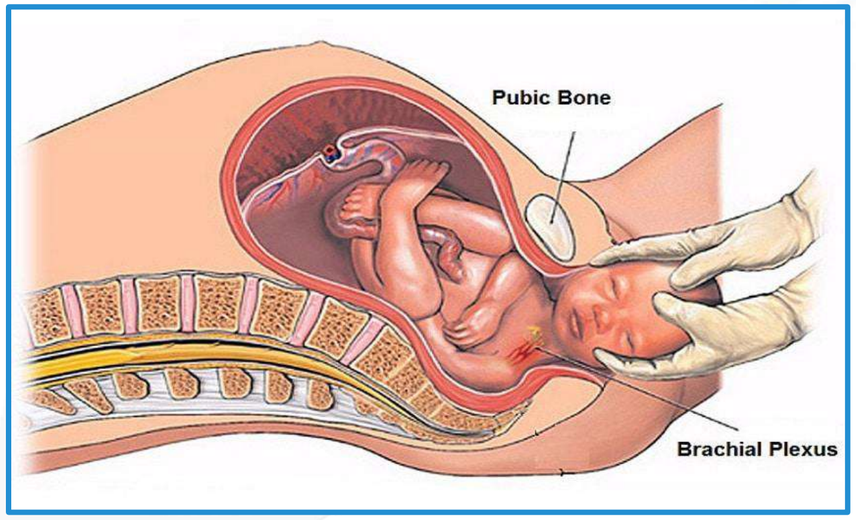
Definisi

Bahu anterior tidak dapat lewat di bawah simfisis pubis karena kegagalan melahirkan bahu dengan metode biasa.

Turtle Sign

Diagnosis

- **"Turtle Sign"**: kepala bayi melekat erat di vulva atau bahkan tertarik kembali
- **Kegagalan paksi luar** kepala bayi
- **Kegagalan turunnya bahu**



Komplikasi

- **Janin**: Klumpke palsy, Erb's palsy, Hipoksia, Cerebral palsy, Kematian janin
- **Ibu**: Perdarahan pasca salin, Laserasi perineum Grade IV (hingga sfingter ani)

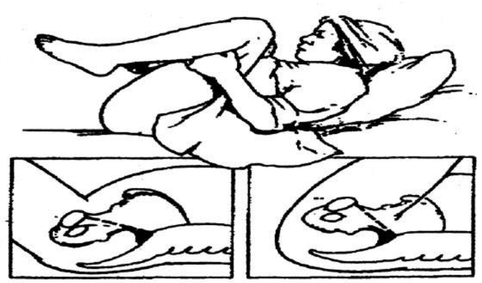
(Miarnasari, 2022) Hal 252 ; (Williams Obsetetri,2022) Hal 501

Tatalaksana

ALARMER

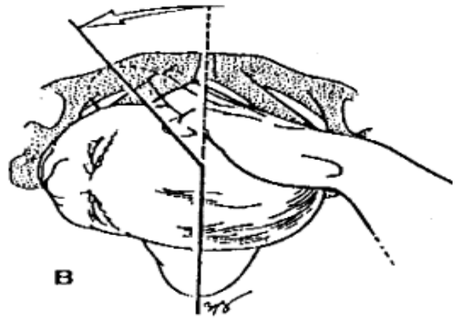
MEDIKOLOGIC

- *Ask for help*
- *Lift* → manuver **Mc. Robert**
  lift the buttock & the legs
- *Anterior Disimpaction of Shoulder* (**Manuver Massanti & Rubin**)
- *Rotation the Posterior Shoulder* (**Wood's Manuver**)
- *Manual remover of posterior arm*
- *Episiotomy*
- *Rollover* (**Gaskin Manuver, menungging**)

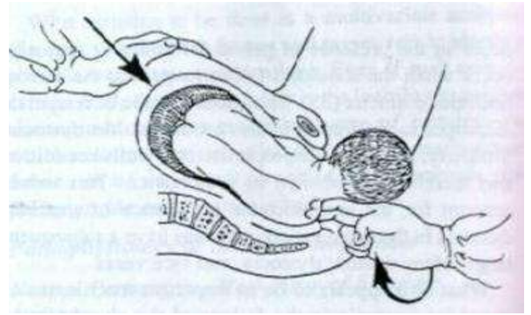


Mc. Robert

Massanti



Rubin



Wood-Screw Manuever

(Miarnasari, 2022) Hal 252 ; (Williams Obsetetri,2022) Hal 501

ALGORITMA PENANGANAN DISTOSIA BAHU

Persalinan macet karena distosia bahu

↓

Minta tolong & posisikan ibu

↓

Lakukan manuver McRoberts & penekanan suprasimfisis

↓

Lakukan episiotomi bila bahu belum bisa dilahirkan

↓

Bayi berhasil lahir pervaginam?

- Ya
- Tidak

↓

Lakukan manuver untuk rotasi internal*
ATAU
Lakukan manuver melahirkan lengan posterior

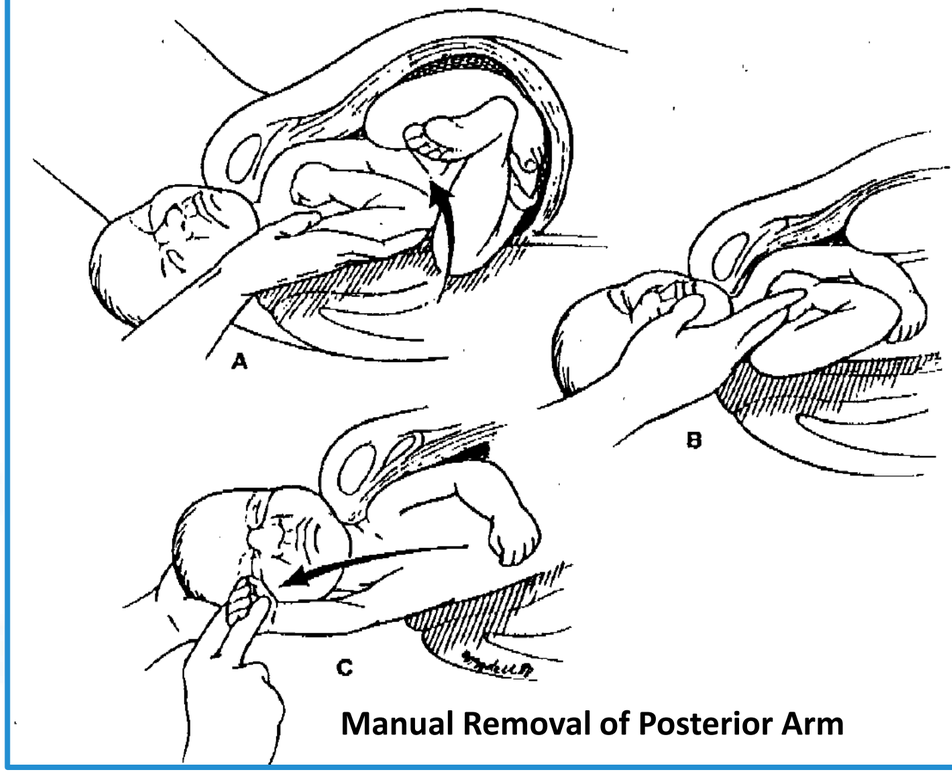
↓

Bayi berhasil lahir pervaginam?

- Ya
- Tidak

↓

Rujuk



Manual Removal of Posterior Arm

***Hanya bila ada penolong terlatih, jika tidak ada segera rujuk**

(Miarnasari, 2022) Hal 255 ; (Williams Obstetry, 2022) Hal 502

MALPRESENTASI JANIN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KEDUDUKAN JANIN INTRAUTERIN

1. Situs / Letak (*Line*)

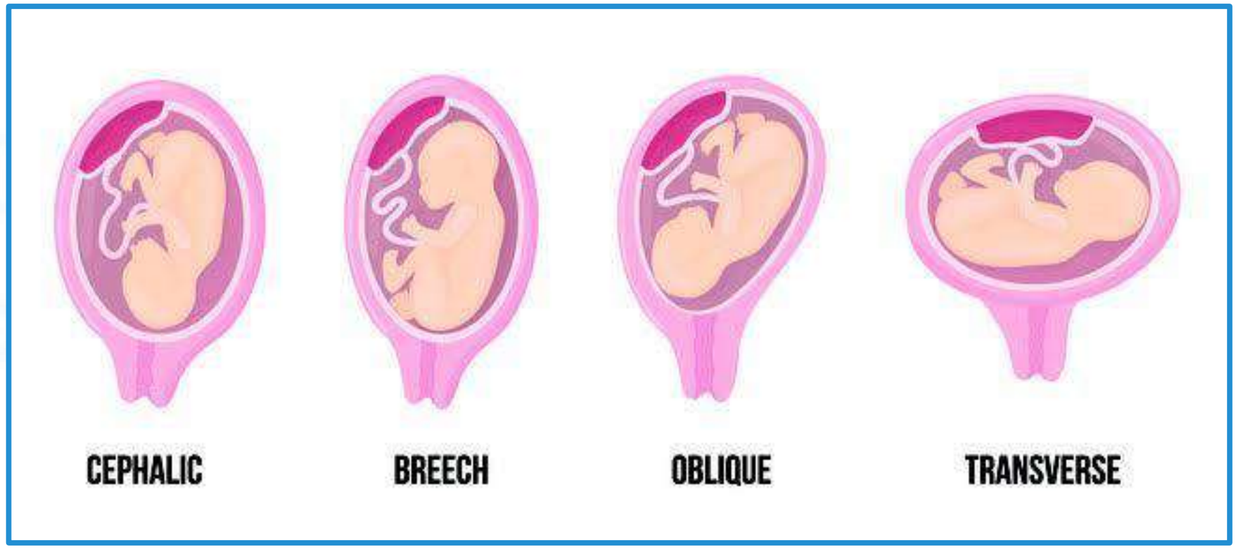
Hubungan sumbu panjang janin dan ibu

- Situs memanjang atau membujur **(longitudinal)**
- Situs melintang **(tranversal)**
- Situs miring **(oblique)**

2. Presentasi (*Presentation*)

Bagian terbawah janin

- Presentasi **kepala**: vertex, sincipital, dahi, wajah
- Presentasi **bokong**
- Presentasi **bahu**



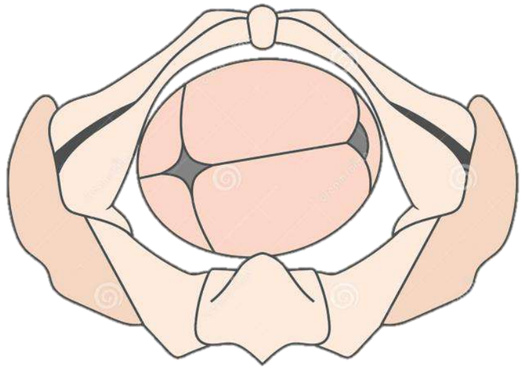
(Sarwono et al, 2008) Hal 15

3. *Position*

Hubungan antara **denominator fetus** (UUK, dagu, sakrum) **terhadap jalan lahir** (kiri, kanan, depan, belakang atau lintang).

4. Habitus / Sikap (*Attitude*)

Hubungan antara **sumbu kepala janin dengan sumbu tengah janin**. Contoh pada presentasi kepala: fleksi, defleksi ringan, sedang, defleksi penuh



Left Occiput Transverse

Hiperekstensi/defleksi penuh

(Sarwono et al, 2008) Hal 17

MALPRESENTASI: PRESENTASI WAJAH

Definisi

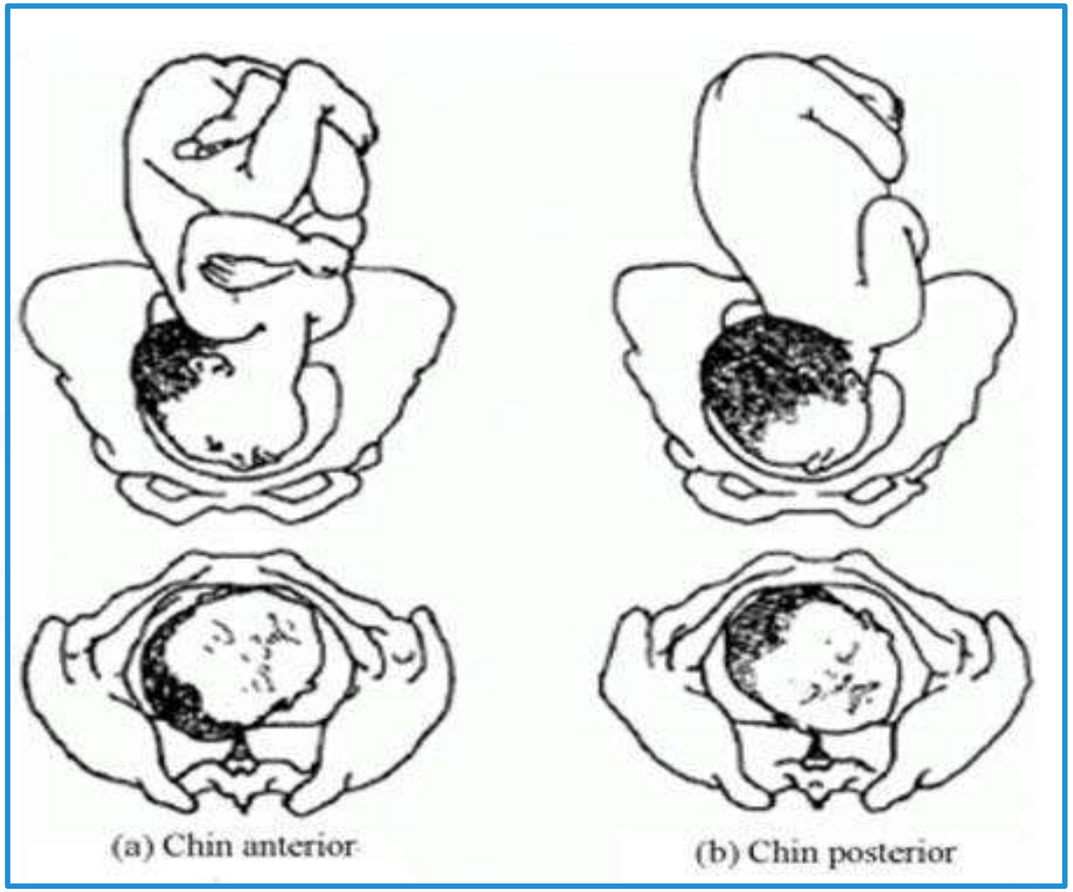
Disebabkan karena ekstensi penuh dari kepala janin.

Diagnosis

Penolong akan meraba muka, mulut, hidung, pipi.

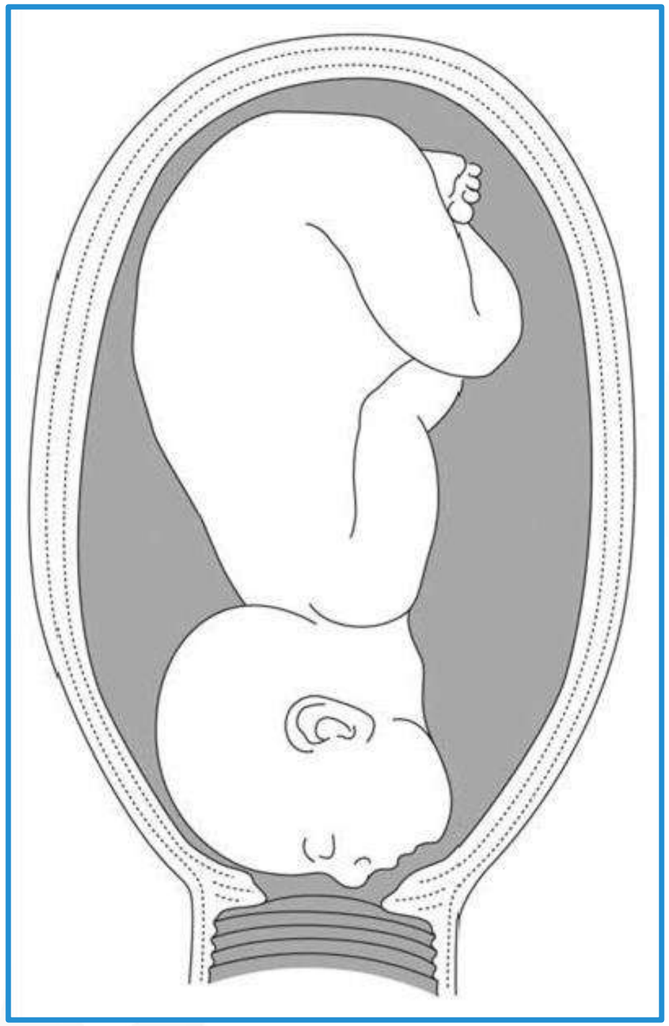
Tatalaksana

- Dagu Anterior: **dapat pervaginam**
- Dagu Posterior: **per abdominam (SC)**



(Yulizawati, 2022) Hal 62 ; (Moegni, 2013) Hal 142

MALPRESENTASI: PRESENTASI DAHI



Definisi

Presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada **di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal**.

Diagnosis

Diagnosis pada periksa dalam dapat diraba **sutura frontalis, pangkal hidung, dan lingkaran orbita. Mulut dan dagu tidak dapat diraba.**

Tatalaksana

- Bila **janin hidup** lakukan **SC**
- Bila **janin mati**, pembukaan belum lengkap → **SC**

(Pilliod, 2017) Hal 634 ; (Yulizawati, 2022) Hal 59 ; (Moegni, 2013) Hal 141

MALPRESENTASI: PRESENTASI BOKONG

Definisi & Etiologi

Bila **bokong** merupakan **bagian terendah janin**. Disebabkan oleh:

- Multiparitas, hamil kembar,
- Hidramnion, hidrosefal
- Plasenta previa, CPD

Tatalaksana

Partus lama →indikasi SC, karena kelainan kemajuan persalinan merupakan salah satu tanda disproporsi.

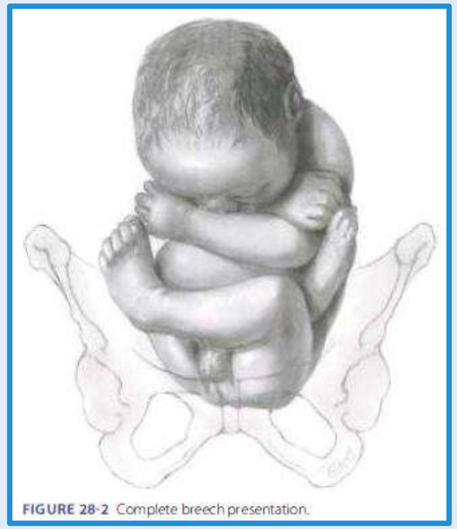


FIGURE 28-2 Complete breech presentation.

***Complete Breech* / Bokong Sempurna**
Kedua panggul fleksi, kedua lutut fleksi sehingga teraba bokong dan 2 kaki

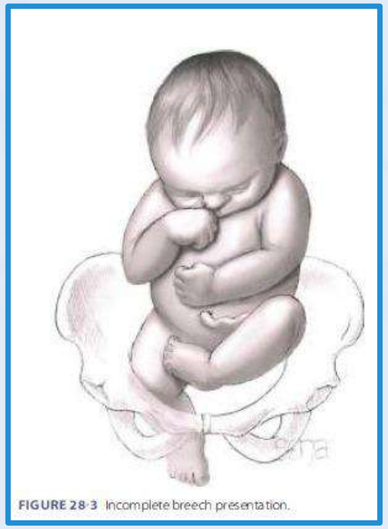


FIGURE 28-3 Incomplete breech presentation.

Incomplete Breech / Footling
Satu / kedua panggul ekstensi sehingga teraba satu atau kedua kaki / lutut.

FIGURE 28-1 Frank breech presentation.

***Frank Breech* / Bokong murni**
Kedua panggul fleksi, kedua lutut ekstensi

(Pilliod, 2017) Hal 632 ; (William Obstetri,2022) Hal 518 ; (Moegni, 2013) Hal 142

PERASAT PERSALINAN

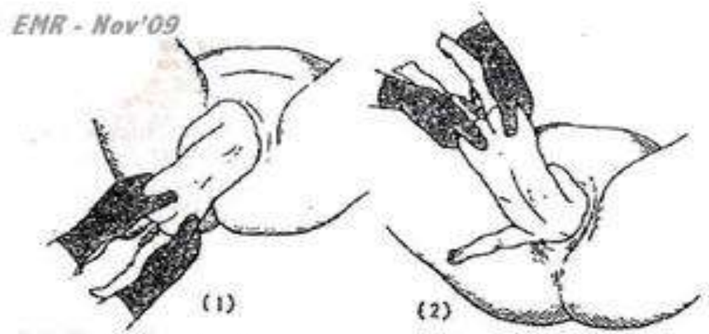
Bracht Manuver

- Presentasi **bokong sempurna atau murni**
- Pelvimetri klinis adekuat
- Janin tidak terlalu besar
- Tidak ada Riwayat SC dengan indikasi CPD
- Kepala fleksi
- Jika prolapse tali pusat → SC

(Pilliod, 2017) Hal 632 ; (William Obstetri,2022) Hal 518 ; (Moegni, 2013) Hal 142

Muller, Klasik, Lovset

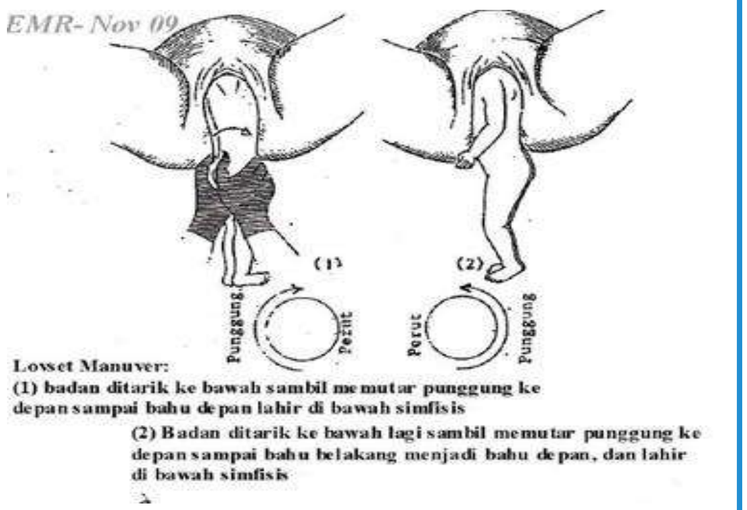
Manuver untuk **melahirkan bahu pada presentasi bokong**


EMR - Nov'09
(1)
(2)
Muller Manuver
(1) Badan bayi ditarik ke bawah sampai bahu depan lahir, kemudian
(2) badan ditarik ke atas kanan sampai bahu belakang lahir

Muller Manuver

(1)
(2)
Klasik Manuver
(1,2) Setelah ujung skapula depan tampak, kaki diangkat cunam ke kanan atas sejauh mungkin,
(3) melahirkan bahu belakang: jari menelusuri bahu sampai lengan atas, kemudian dilahirkan.
(3)
EMR - Nov'09

Klasik Manuver


EMR- Nov 09
(1)
(2)
Punggung
Perut
Perut
Punggung
Lovset Manuver:
(1) badan ditarik ke bawah sambil memutar punggung ke depan sampai bahu depan lahir di bawah simfisis
(2) Badan ditarik ke bawah lagi sambil memutar punggung ke depan sampai bahu belakang menjadi bahu depan, dan lahir di bawah simfisis

Lovset Manuver

(Pilliod, 2017) Hal 632 ; (William Obstetri,2022) Hal 518 ; (Moegni, 2013) Hal 142

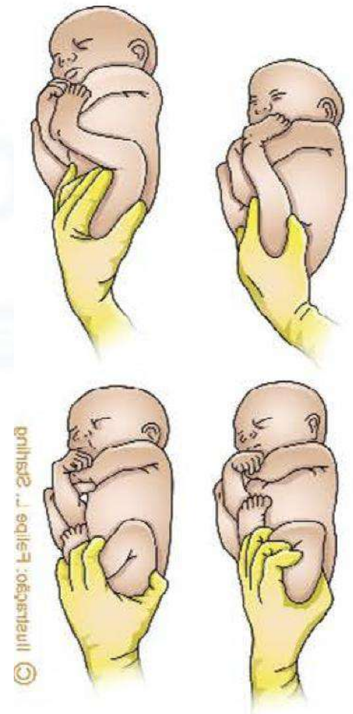
Presentasi Kaki

- **Sebaiknya dilakukan SC**
- Pervaginam apabila :
  - Persalinan sudah sedemikian maju dan pembukaan lengkap
  - Bayi preterm sehingga chance hidup kecil
  - Bayi kedua pada kehamilan kembar

Footling breech

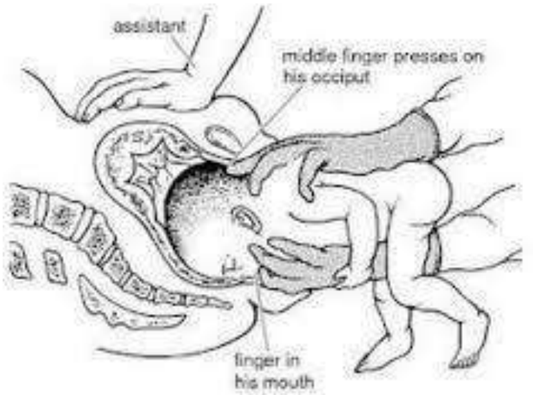
Manufer Pinard

Manuver untuk **melahirkan presentasi kaki**



Mauriceau-Smellie-Veit

Manuver untuk **melahirkan kepala pada presentasi sungsang**



Mauriceau-Smellie-Veit manouvre

(Sarwono et al, 2008) Hal 114 ; (Yulizawati, 2022) Hal 66 ; (Herselowati,2023) Hal 57

- **Normal: Presentasi belakang kepala**
- **VT : teraba UUK**

Malpresentasi Janin

Presentasi Dahi	Presentasi Wajah	Presentasi Bokong
Sikap kepala diantara **fleksi maksimal & defleksi maksimal** **VT: Teraba sutura frontalis, pangkal hidung, & lingkaran orbita**	Sikap kepala **defleksi maksimal** **VT: Teraba muka, mulut, hidung, pipi, dagu**	**Complete breech**: teraba bokong & kedua kaki **Frank breech:** teraba bokong saja **Footling:** teraba 1 atau 2 kaki **VT: Teraba sacrum, sebagian kaki**
Janin hidup → SC	• **Dagu anterior** → bisa PERVAGINAM • **Dagu posterior** → SC	Footling → SC Complete & Frank breech → bisa pervaginam • Manuver Bracht → melahirkan bokong • Manuver Muller, Klasik, Lovset → melahirkan bahu • Manuver Mauriceau-Smellie-Veit → melahirkan kepala

(Sarwono et al, 2008) Hal 104 ; (Yulizawati, 2022) Hal 57

SOAL 17

Seorang ibu G2P1 usia 32 tahun melahirkan bayi dengan berat lahir 4.200 gram. Setelah kepala lahir, bahu janin tidak dapat dilahirkan meskipun tarikan lembut telah dilakukan. Terlihat tanda "*turtle sign*".

Tindakan pertama yang paling tepat untuk mengatasi kondisi ini adalah:

a. Seksio sesarea emergensi
b. Manuver McRoberts
c. Traksi kepala kuat ke bawah
d. Episiotomi luas tanpa manuver
e. Menekan fundus uteri

SOAL 18

Seorang ibu primigravida usia kehamilan 38 minggu datang dengan ketuban pecah dini. Pemeriksaan dalam menunjukkan bagian janin yang teraba adalah bokong, dan USG mengonfirmasi presentasi bokong murni.

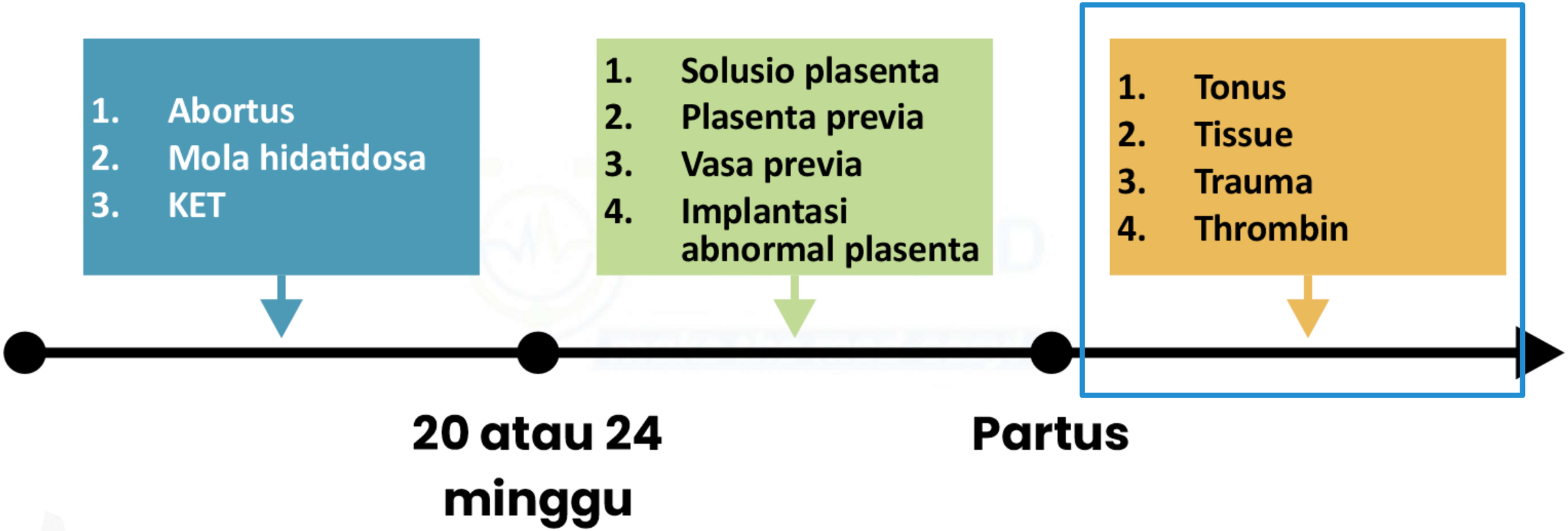
Diagnosis yang paling tepat adalah:

a. Presentasi kepala
b. Presentasi dahi
c. Presentasi bokong
d. Presentasi muka
e. Letak lintang

PERDARAHAN POST-PARTUM

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERDARAHAN POST PARTUM



PERDARAHAN POST PARTUM

		Definisi/Manifestasi	Khas
Tonus	**Atonia Uteri**	Tonus tidak kuat, perdarahan **segera** setelah lahir	**Kontraksi uterus lembek**/tidak adekuat **TFU teraba di umbilicus**
Tissue	**Retensio Placenta**	Plasenta **belum lahir >30 menit** setelah bayi lahir	Dapat disertai plasenta akreta
	Sisa Plasenta	Tertinggalnya **sisa plasenta & membran**, perdarahan muncul 6-10 hari post partum	Penarikan plasenta terlalu kuat Portio terbuka, **USG: sisa kotiledon**
Trauma	**Robekan Jalan Lahir**	Diskontinuitas jaringan pada jalan lahir akibat trauma selama proses pervaginam	Tampak robekan di perineum, dapat melibatkan sfinger ani hingga rektum
	Inversio Uteri	**Masuknya fundus ke cavum uteri** atau struktur di bawahnya	Fundus tidak teraba, lumen vagina terisi massa Dapat disertai retensio plasenta
	Rupture Uteri	Robekan pada dinding uterus	**Nyeri perut hebat**, kontraksi uterus hilang, **defans muskular (+)**, **Ring van Bundl (+)**
Thrombin	**Gangguan pembekuan darah**	Riwayat gangguan pembekuan darah Lab: D-dimer >500, BT/CT memanjang	Tidak ditemukan penyebab lain
Lainnya	**Endometritis**	Peradangan pada endometrium >24 jam post partum	**Lochia bau busuk**, **subinvolusi uterus**, demam

PERDARAHAN POST PARTUM

Kehilangan darah **> 500 mL** setelah persalinan **pervaginam**

Kehilangan darah **> 1000 mL** setelah persalinan **sesar (SC)**

Early/primary
Muncul <24 jam pasca salin

24 Jam

Late/secondary
Muncul >24 jam pasca salin

Etiologi Early: "4T" = Tonus (70%), Trauma (20%), Tissue (10%), Thrombin (1%)
Etiologi Late: Sisa plasenta & Endometritis

Klasifikasi	Jumlah Kehilangan Volume Darah
Minor	500 cc
Mayor: • Mayor Sedang • Mayor Berat	>1000 cc 1000-2000 cc >2000 cc

(Sarwono et al, 2008) Hal 188 ; (Umar, 2023) Hal 27

Tonus

Atonia uteri: tonus tidak adekuat → otot myometrium tidak dapat menutup arteri uterine → perdarahan

Faktor risiko: overdistensi uterus, induksi persalinan, persalinan lama, riwayat atonia, anemia

Khas: uterus lembek, setelah melahirkan TFU teraba di umbilicus atau 2 jari dibawah umbilicus

Terapi:
- Resusitasi cairan
- Injeksi uteronika + massase uterus
- Gagal → bimanual kompresi
- Gagal bimanual kompresi → tampon uterus + rujuk

Tissue

Retensio plasenta: plasenta belum lahir >30 menit

Faktor risiko: manajemen aktif kala III yang salah, kelainan perlekatan plasenta (plasenta akreta) , his kurang kuat.

Terapi:
- Resusitasi cairan
- Injeksi uteronika + massase uterus
- Gagal → manual plasenta

Trombin

Disseminated intravascular coagulation

Khas: perdarahan tidak berhenti & encer

Lab: D-dimer >500, bt, ct memanjang

(Sarwono et al, 2008) Hal 190

Trauma

Robekan Jalan lahir

Derajat	Deskripsi
1	Mukosa perineum
2	Otot perineum
3	Sfingter ani: 3A: <50% sfingter ani eksterna 3B: >50% sfingter ani eksterna 3C: sfingter ani interna
4	Rektum

Tatalaksana:

- Grade 1&2 → jahit
- Grade 3&4 → rujuk
- Antibiotik profilaksis

Rupture Uteri

Klinis:

- **Nyeri hebat**, kontraksi uterus hilang, syok, **defans muscular (+),** hematuria
- Krepitasi pada kulit perut (**emfisema subkutan**), teraba **bagian janin langsung dibawah kulit perut**, nyeri tekan
- DJJ sulit terdengar

Tatalaksana:

- **Resusitasi cairan**
- Persiapan tindakan SC dan laparotomy
- Tindakan definitive
  - **Histerorafia** → robekan melintang & tidak mengenai daerah luas
  - **Histerektomi** → robekan uterus **mengenai jaringan yang sangat luas** serta banyak bagian nekrotik

Inversio uteri

Definisi:

Masuknya fundus uteri ke cavum uteri atau struktur dibawahnya

Derajat:

- Inkomplit → fundus terinversi namun tidak keluar os interna
- Komplit → fundus terinversi melebihi os interna
- Prolaps → fundus keluar ke introitus vagina
- Total → fundus hingga vagina terinversi

Tatalaksana:

- Resusitasi cairan
- Reposisi manual
- Gagal → rujuk untuk laparotomi

(Sarwono et al, 2008) Hal 164

PANDUAN TATALAKSANA

Perdarahan pervaginam >500 mL segera setelah plasenta lahir atau berpotensi mempengaruhi hemodinamika ibu.

- Panggil **bantuan tim/tenaga** kesehatan
- Pastikan ibu sudah mendapat **tatalaksana aktif kala III**
- Berikan **oksigen**
- Pasang **dua jalur IV** & ambil darah untuk pemeriksaan lab
- Beri cairan **infus (NaCl 0.9% atau RL) secepatnya** (1 L dalam 15-20 menit)
- Kosongkan kandung kemih
- Tatalaksana penyebab perdarahan
- **Bila perlu, rujuk** ke fasilitas kesehatan yang memadai

Etiologi	Tatalaksana
Atonia uteri	• Masase uterus → pastikan plasenta lahir lengkap • Infus oksitosin 20-40 IU dalam 1 L cairan kristaloid → jika tdk tersedia → ergometrin 0,2 mg IM → perdarahan lanjut → 1 g traneksamat IV → rujuk dengan kompresi bimanual
Robekan Jalan lahir	Penjahitan robekan jalan lahir → perdarahan lanjut → berikan 1 g traneksamat IV
Retensio plasenta	• Infus oksitosin 20-40 IU dalam 1 L cairan kristaloid • Lakukan peregangan tali pusat terkendali → bila tidak berhasil lakukan manual plasenta • Beri antibiotik profilaksis
Sisa plasenta	• Infus oksitosin 20-40 IU dalam 1 L cairan kristaloid • Lakukan eksplorasi digital • Beri antibiotik profilaksis
Inversio uteri	Lakukan reposisi, bila tidak berhasil lakukan laparotomi
Koagulopati	Tangani kehilangan darah
Rupture uteri	Lakukan histerorafi atau histerektomi

(Yuli, 2019) Hal 1 ; (POGI PNPK, 2016) Hal 16 ; (Umar, 2023) Hal 27

PPH > 24 Jam

Sisa Plasenta

Definisi:
Tertinggalnya sisa plasenta & membrannya dalam kavum uteri → perdarahan muncul 6-10 hari post partum

Klinis:
Plasenta tidak lahir lengkap, TFU teraba NT(+), demam (-), portio terbuka, USG: sisa kotiledon

Tatalaksana:
- Awal: infus oksitosin 20-40 IU dalam 1000 mL NacL 0,9%
- Tepat: eksplorasi digitalis

Endometritis

Definisi:
Peradangan pada endometrium

Klinis:
Demam, takikardi, **lochia bau busuk**, **subinvolusi uterus**, dan nyeri tekan uterus

Tatalaksana:
- Pemberian cairan & kalori adekuat melalui infus (IV) sampai 12-24 jam bebas demam
- Antibiotik:
  - Ampisilin 2g iv/6 jam
  - Gentamicin 2mg/kg IV loading dose diikuti 1,5 mg/kg IV per 8 jam & metronidazole 500 mg IV/8 jam

(Sarwono et al, 2008) Hal 163 ; (Singh, 2022) Hal 1

SOAL 19

Seorang perempuan 26 tahun datang 2 jam setelah persalinan normal mengeluh pusing dan perdarahan pervaginam bertambah banyak. Pemeriksaan menunjukkan TD 90/60 mmHg, N 112 x/menit, RR 22 x/menit, T 36,7°C. Uterus teraba lembek dan tinggi fundus uteri meningkat dibandingkan sebelumnya.

Kondisi ini terjadi pada fase nifas dan penyebab paling mungkin adalah:

a. Nifas lanjut akibat infeksi
b. Kala IV persalinan dengan atonia uteri
c. Kala III persalinan dengan retensio plasenta
d. Nifas patologis akibat emboli air ketuban
e. Involusi normal uterus

SOAL 20

Seorang perempuan 26 tahun datang 1 jam pascapersalinan normal dengan keluhan perdarahan pervaginam banyak. Pemeriksaan menunjukkan TD 90/60 mmHg, N 110 x/menit, RR 22 x/menit, T 36,8°C. Uterus teraba lembek dan membesar. Plasenta lahir lengkap.

Penyebab paling mungkin dari perdarahan postpartum pada kasus ini Adalah

a. Retensio plasenta
b. Laserasi jalan lahir
c. Atonia uteri
d. Emboli air ketuban
e. Inversio uteri

SOAL 21

Seorang ibu pascapersalinan mengeluh nyeri perineum dan perdarahan terus-menerus. Pemeriksaan menunjukkan TD 120/80 mmHg, N 90 x/menit. Uterus teraba keras dan berkontraksi baik. Inspeksi perineum tampak robekan hingga melibatkan sfingter ani. **Klasifikasi laserasi perineum pada kasus ini adalah:**

a. Derajat I
b. Derajat II
c. Derajat III
d. Derajat IV
e. Episiotomi mediolateral

SOAL 22

Seorang ibu G3P2 usia 34 tahun melahirkan bayi secara pervaginam. Setelah bayi lahir, plasenta belum juga keluar hingga 35 menit meskipun uterus teraba berkontraksi baik dan perdarahan mulai bertambah.

Diagnosis paling tepat pada kasus ini adalah:

a. Atonia uteri
b. Retensio plasenta
c. Sisa plasenta
d. Solusio plasenta
e. Plasenta previa

SOAL 23

Seorang perempuan 28 tahun datang 2 jam pascapersalinan normal dengan perdarahan pervaginam berlanjut. Pemeriksaan menunjukkan TD 100/70 mmHg, N 104 x/menit. Uterus teraba subinvolusi. Pemeriksaan plasenta menunjukkan kotiledon tidak lengkap.

Penyebab paling mungkin dari perdarahan postpartum pada pasien ini adalah:

a. Atonia uteri
b. Laserasi jalan lahir
c. Retensio plasenta
d. Sisa plasenta
e. Inversio uteri

PERDARAHAN ANTE-PARTUM

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERDARAHAN ANTEPARTUM

JANGAN PERNAH LAKUKAN PEMERIKSAAN DALAM VAGINA (VT)

1. Abortus
2. Mola hidatidosa
3. KET

1. Solusio plasenta
2. Plasenta previa
3. Vasa previa
4. Implantasi abnormal plasenta

1. Tonus
2. Tissue
3. Trauma
4. Thrombin

20 atau 24 minggu

Partus

PERDARAHAN ANTEPARTUM

	Placenta Previa	Solutio Placenta	Vasa Previa	Implantasi Abnormal Placenta
Definisi	**Plasenta implantasi pada bagian bawah rahim** → menutupi OUI	**Lepasnya plasenta** sebagian/total **dari tempat implantasi** sebelum persalinan (UK >20 minggu)	Pembuluh darah janin **tidak terlindungi oleh Wharton's jelly** melintasi OUI	**Implantasi** plasenta **abnormal ke miometrium**
Faktor Risiko	Riwayat SC, gemeli, abortus, usia ibu >30 tahun	Hipertensi, trauma, kokain, multiparitas	Insersi vilamentosa, plasenta previa	Riwayat SC, kuretase, plasenta previa
Perdarahan	**Merah segar,** tiba-tiba	**Merah tua-cokelat,** terus menerus	**Merah segar,** serus setelah KPD	Tidak khas
Nyeri	**Tidak nyeri**	**Nyeri hebat**	Tidak nyeri	Tidak khas
Uterus	Lunak, tidak tegang	**Tegang seperti papan**	Normal	**Retensio plasenta**
Syok	Jarang	**Sering +++**	Cepat (**fetal distress**)	Risiko perdarahan masif
Tatalaksana	Preterm stabil → ekspektatif Aterm/tidak stabil → SC	Terminasi segera (pervaginam/SC)	Posisi trendelenburg, SC emergensi	SC ± histerektomi

PLASENTA PREVIA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PLASENTA PREVIA

Definisi

Implantasi plasenta terletak pada **bagian bawah rahim** sehingga menutupi jalan lahir & tertekan oleh bagian terbawah janin.

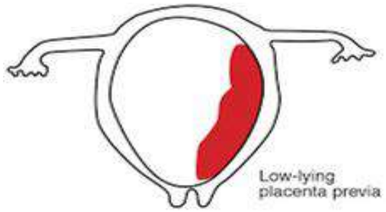
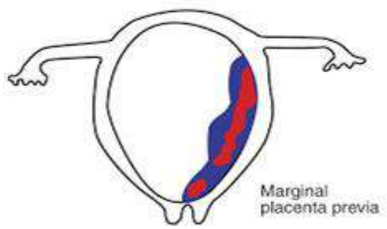
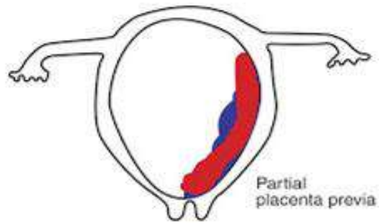
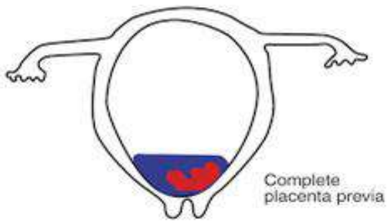
Etiologi & Faktor Risiko

- **Endometrium di fundus belum siap menerima implantasi**, endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin, dan vili korealis pada chorion leave yang persisten.
- Insiden meningkat pada: grande multipara, primigravida tua, **bekas SC, bekas operasi dan kelainan janin.**
- Perdarahan awalnya sedikit-sedikit, namun bertambah banyak terutama saat ada his

Gejala & Tanda

PERDARAHAN DARI JALAN LAHIR BERWARNA MERAH SEGAR TANPA RASA NYERI & *sentinel bleeding* :
Riwayat perdarahan pertama kali yang berhenti sendiri.

Klasifikasi Berdasarkan Lokasi

Plasenta Letak Rendah	Plasenta Previa Marginal	Plasenta Previa Parsial	Plasenta Previa Total
Belum menutupi ostium interna (<2cm)	Plasenta terletak **tepat ditepi** ostium interna	Plasenta terletak **menutupi sebagian** ostium interna	Plasenta **menutupi seluruh** ostium interna
			

(Williams Obstetri,2022) Hal 755

Penunjang

USG

- Dilakukan pada usia kehamilan 18-21 minggu
- Dapat digunakan untuk mengukur jarak antara ostium uteri ke plasenta.

MRI

Merupakan **GOLD STANDARD** untuk pengukuran batas plasenta dengan OUI.

Tatalaksana Umum

- **Inspekulo + USG + Koreksi cairan dengan infus (NaCl 0,9% atau RL)**
- **Gawat janin → SC cito**
- Lihat jumlah perdarahan:
  - **Banyak → SC** tanpa melihat usia kehamilan
  - **Sedikit →** waktu menuju aterm masih lama → rawat jalan → **terapi ekspektan**

(Williams Obstetri,2022) Hal 755

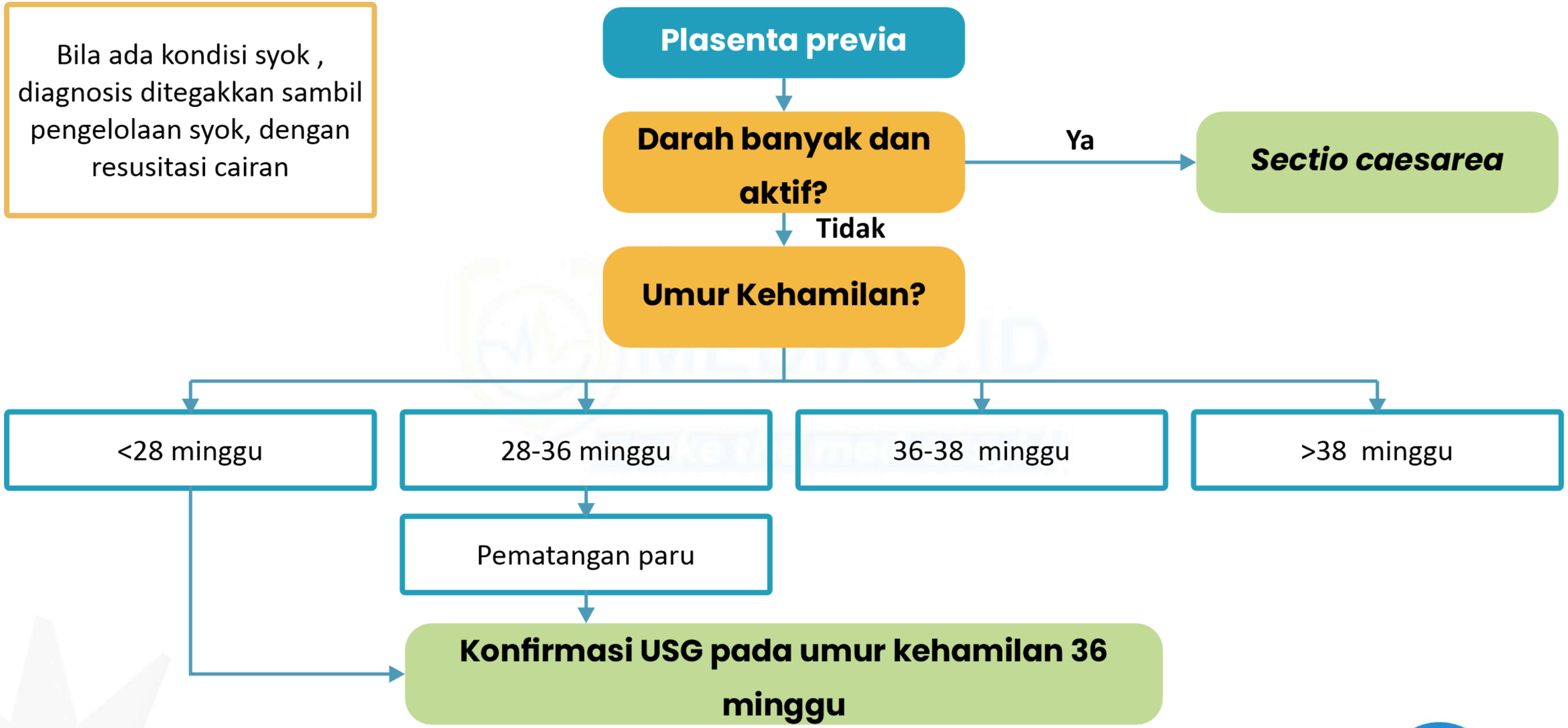
Tatalaksana Ekspektan

- **Syarat:** janin preterm, perdarahan sedikit, tidak ada tanda inpartu, keadaan umum ibu baik, tidak ada gawat janin.
- ***Sentinel bleeding*** → rawat inap dan observasi 48 jam untuk perdarahan berulang.
- Kontraksi (+) → berikan tokolitik: Nifedipin 3x10 mg
- Pematangan paru pada UK 34 minggu

Tatalaksana Aktif

- Usia kehamilan cukup bulan.
- Janin mati/gawat janin.
- Perdarahan aktif dan banyak.
- **Pada plasenta letak rendah dan presentasi kepala → boleh amniotomi dan persalinan per vaginam.**
- Sisanya lakukan SC

Bila ada kondisi syok , diagnosis ditegakkan sambil pengelolaan syok, dengan resusitasi cairan



(Williams Obstetri,2022) Hal 755

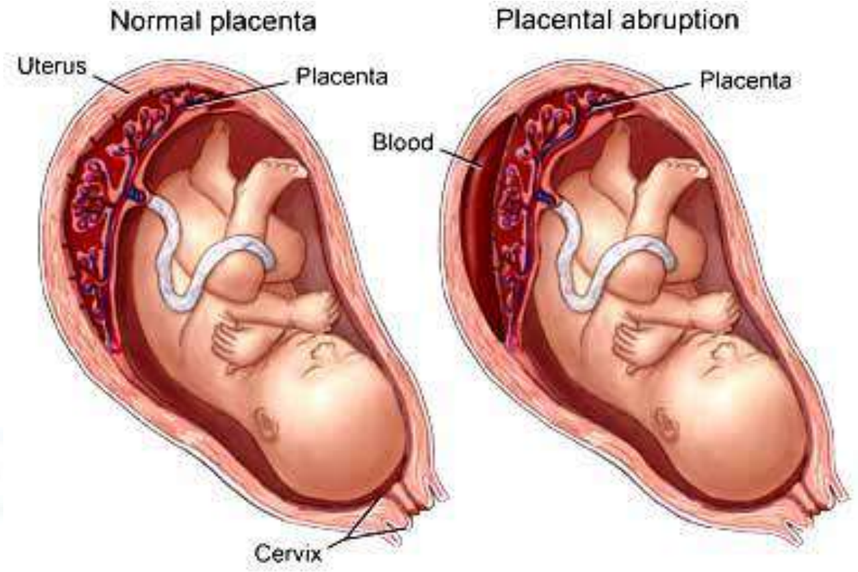
SOLUSIO PLASENTA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

SOLUTIO PLASENTA / ABRUPTIO PLACENTA

Definisi

Terlepasnya sebagian / seluruh **plasenta dari tempat implantasinya** sebelum persalinan pada UK>20 minggu.



Faktor Predisposisi

- **Hipertensi**
- **Versi luar**
- **Trauma** abdomen
- Hidramnion
- Gemelli
- Defisiensi besi

Etiologi

- Nekrosis desidua
- Trauma

Diagnosis

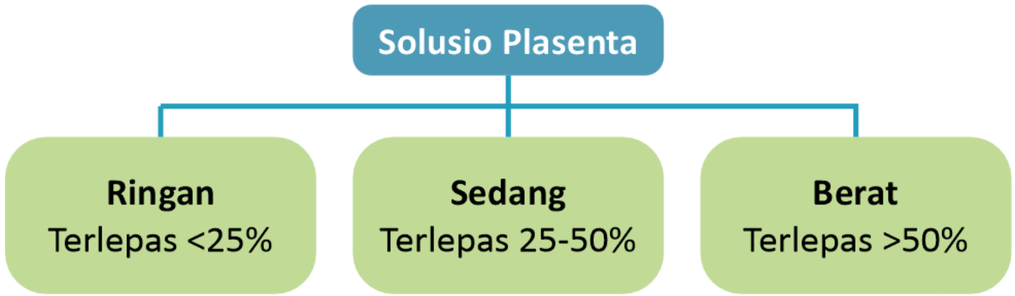
Perdarahan kehitaman dan cair, syok tidak sesuai dengan jumlah darah keluar (tersembunyi), anemia berat, **gawat janin / hilangnya DJJ**, **uterus tegang** dan **nyeri**, perut keras seperti papan

MEDIKOLOGIC

Triad:

Perdarahan pervaginam + nyeri hebat + penurunan gerakan janin

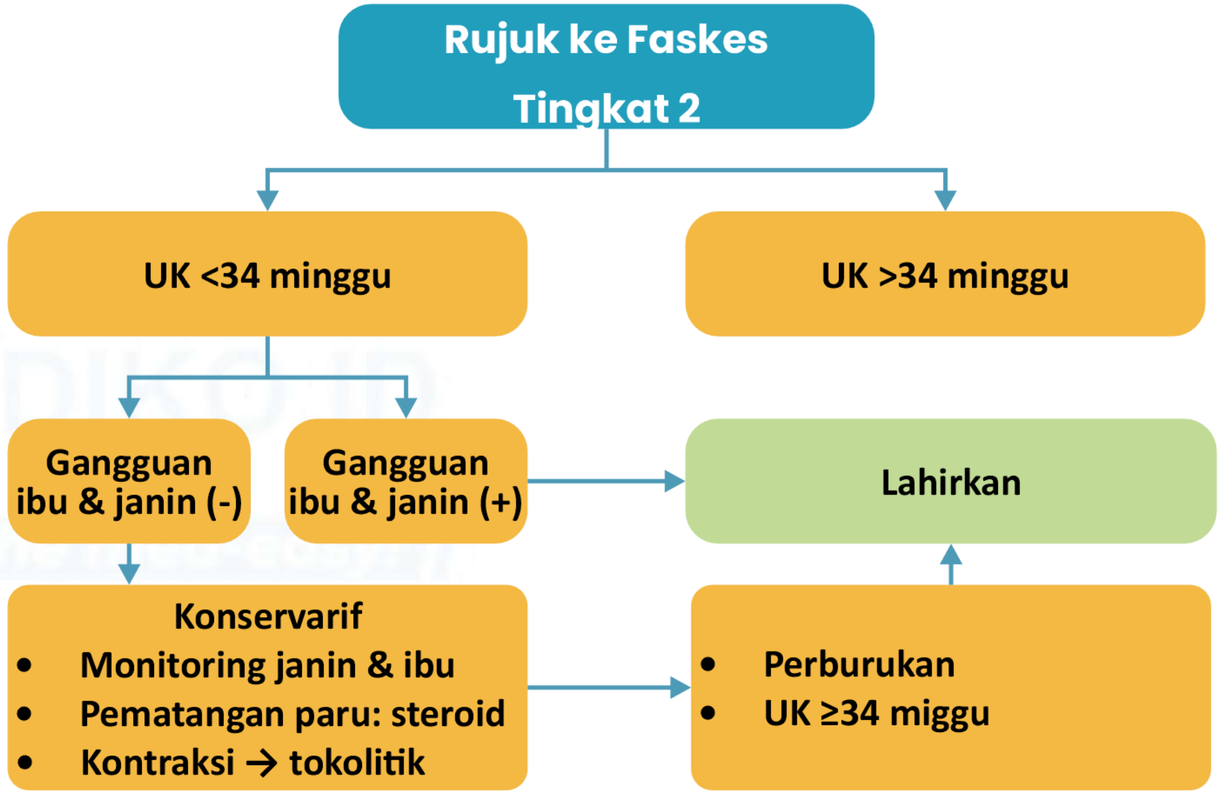
(Brandt et al, 2023), Hal 1



Tatalaksana

Lakukan persalinan segera bergantung pembukaan serviks

- **Lengkap : ekstraksi vakum**
- Belum ada/lengkap: **perabdominam**
- Kenyal, tebal, & tertutup : perabdominam



(Brandt et al, 2023), Hal 1

VASA PREVIA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

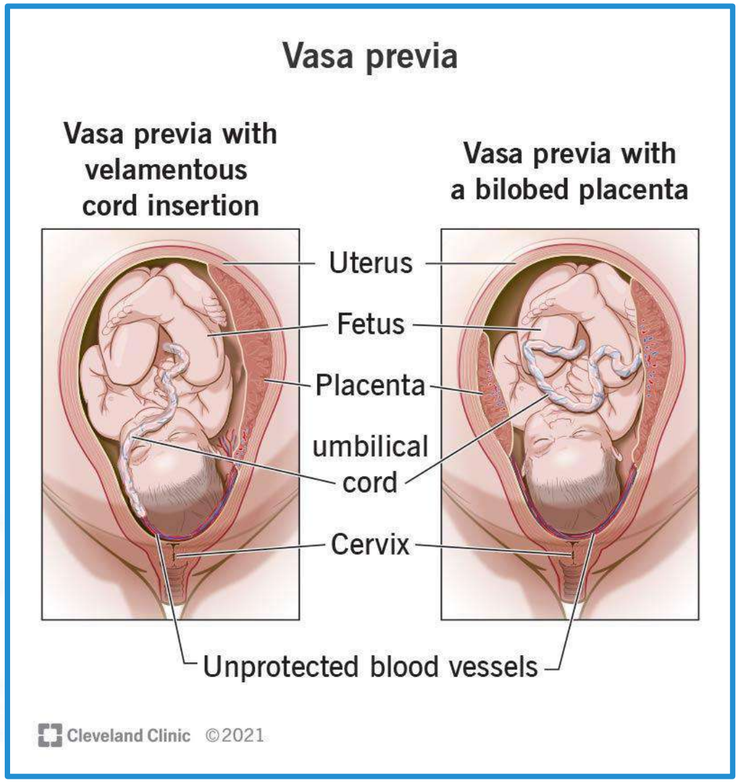
VASA PREVIA

Definisi

Keadaan posisi tali pusat yang **tidak terlindungi** **Wharton jelly** berada di dekat ostium internum (<2 cm) atau bersilangan dengan ostium internum serviks → potensi rupture

Tanda Khas

- Perdarahan **tidak nyeri + ketuban pecah**
- Fetal distress
- Perdarahan janin → **Kleihauer-betke test (+)**



Velamentous insertion	Placenta Bilobus
Korda umbilikalis berjalan di antara amnion & korion, serta tidak dilindungi wharton jelly	Terdapat plasenta yang lebih kecil (berseberangan dengan plasenta utama → plasensta succenturiata)

(Sarwono, 2008) Hal 502-503

Penunjang

USG Doppler + Posisi Trendelenburg + pemindahan manual posisi presentasi janin dengan lembut.

Tatalaksana

- **Antepartum**
  - CTG non stress test setiap minggu mulai UK 32 minggu
  - Steroid untuk pematangan paru
- Persalinan
  - **SC emergensi** (inpartu, gawat janin, KPD), **SC usia gestasi 34-37 minggu** jika tidak ada komplikasi

Papa Membawa Solusi Melepas Vape dengan PD

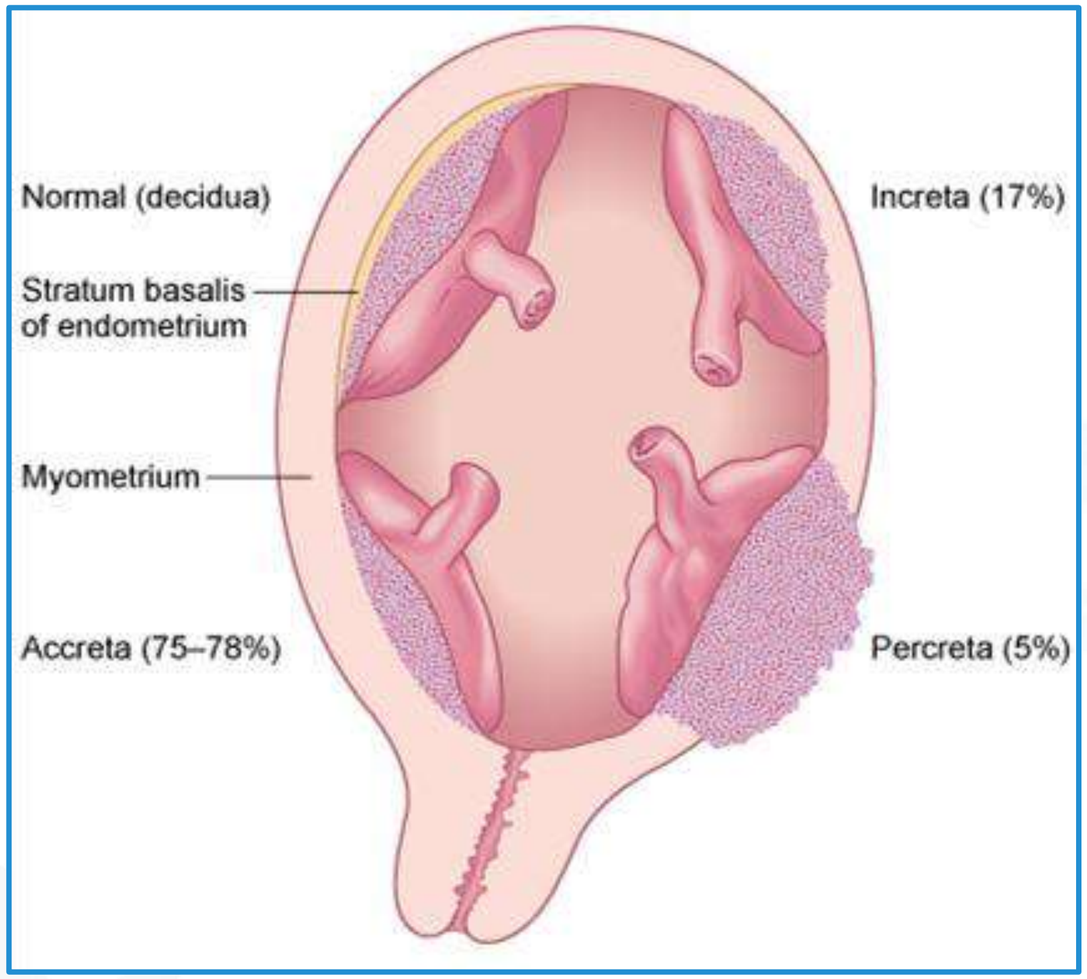
Plasenta Previa: Di bawah **Solutio plasenta: lepas** **Vasa Previa: Pembuluh Darah**

(Sarwono, 2008) Hal 502-503

IMPLANTASI ABNORMAL PLASENTA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

IMPLANTASI ABNORMAL PLASENTA



Plasenta Akreta

Vili chorialis menanamkan diri sampai **batas atas lapisan otot rahim**.

Plasenta Inkreta

Vili chorialis menanamkan diri sampai **masuk dalam lapisan otot rahim**.

Plasenta Perkreta

Vili chorialis menanamkan diri sampai **menembus lapisan otot mencapai serosa**.

(Herselowati,2023) Hal 59

IMPLANTASI ABNORMAL PLASENTA

Faktor Risiko

- Plasenta previa
- Riwayat SC
- Jaringan parut pada uterus
- Kuretase uterus

Tatalaksana

- Bila sudah ditemukan sebelum kelahiran, lahirkan secara SC
- **Histerektomi** → pada plasenta inkreta dan perkreta.

Klinis

- Perdarahan antepartum
- Plasenta tidak dapat dilahirkan (**retensio plasenta**)
- Pada ekstraksi manual tidak ditemukan **cleavage plane**
- **Inversio uteri** → bila penarikan terlalu luat

Penunjang

- **USG doppler: *swiss-cheese appearance***
- **Biopsi plasenta dan myometrium** → konfirmasi diagnosis

Swiss-cheese appearance

(Sarwono et al, 2008) Hal 162

SOAL 24

Seorang ibu hamil usia kehamilan 34 minggu datang dengan keluhan perdarahan pervaginam merah segar tanpa nyeri. Pemeriksaan menunjukkan uterus lunak, DJJ normal, dan USG memperlihatkan plasenta menutupi ostium uteri internum. **Diagnosis paling tepat adalah:**

a. Solusio plasenta
b. Plasenta previa
c. Vasa previa
d. Ruptur uteri
e. Perdarahan implantasi

SOAL 25

Seorang ibu hamil usia kehamilan 36 minggu datang dengan nyeri perut hebat mendadak disertai perdarahan pervaginam berwarna kehitaman. Pemeriksaan menunjukkan TD 90/60 mmHg, N 120 x/menit. Uterus teraba tegang dan nyeri, DJJ sulit didengar. **Diagnosis paling mungkin adalah:**

a. Plasenta previa
b. Vasa previa
c. Solusio plasenta
d. Retensio plasenta
e. Sisa plasenta

SOAL 26

Seorang perempuan hamil usia kehamilan 38 minggu mengalami ketuban pecah mendadak di rumah. Segera setelah itu muncul perdarahan pervaginam dan denyut jantung janin menurun drastis. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 96 x/menit, RR 20 x/menit, T 36,8°C.

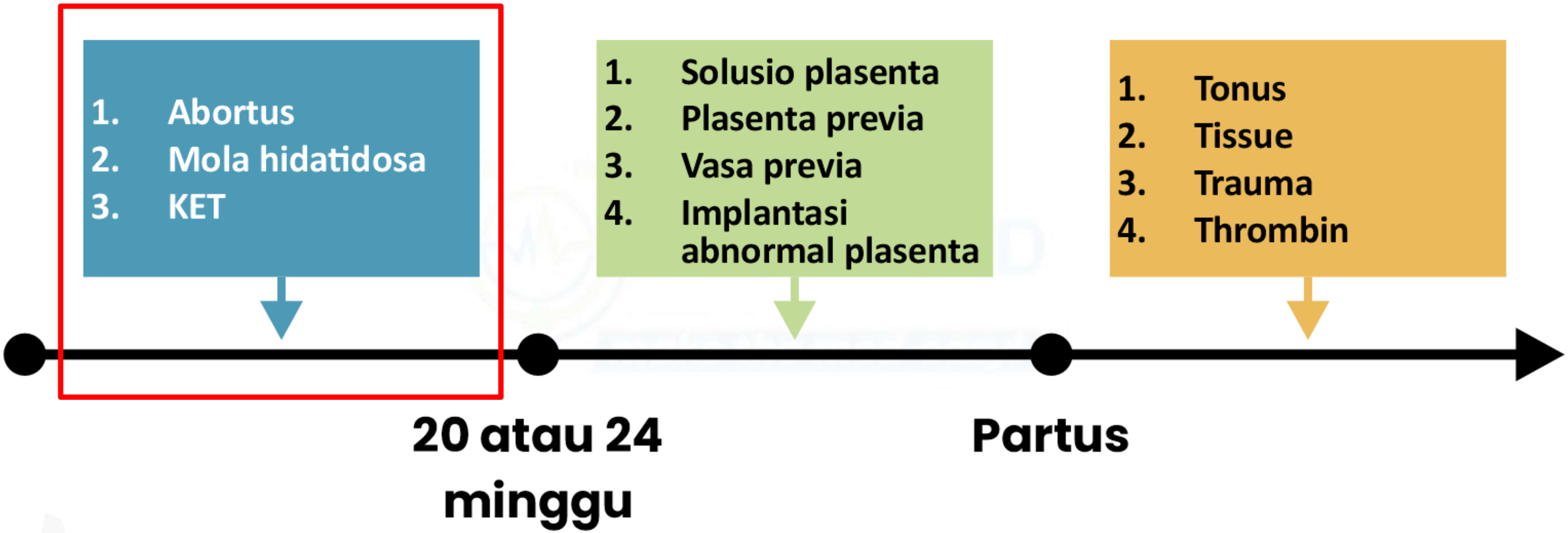
Penyebab perdarahan paling mungkin pada kondisi ini adalah

a. Plasenta previa
b. Solusio plasenta
c. Ruptur uteri
d. Vasa previa
e. Retensio plasenta

PERDARAHAN AWAL KEHAMILAN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERDARAHAN AWAL KEHAMILAN



ABORTUS VS MOLA HIDATIDOSA VS KET

	Abortus Spontan	Kehamilan Ektopik	Mola Hidatidosa
Definisi	**Pengeluaran janin** UK <20 minggu / 500 gram *atau* sebelum janin **viable** (UK <22 minggu)	**Implantasi di luar cavum uteri** Ampula → tersering	**Hiperproliferasi sel trofoblas, UK <20 minggu** Komplikasi → koriokarsinoma
Gejala Dominan	**Perdarahan**	**Nyeri perut hebat, perdarahan** Jika ruptur → disertai **hipotensi**	**Mual dan muntah hebat**

Pemeriksaan	• Inspekulo → portio
	• **Riwayat ekspulsi jaringan**
		• **RT: cavum douglas menonjol**
		• **Nyeri goyang portio (Chandelier sign)**
		• USG transvaginal
		• Laparaskopi (gold standard)
			• **TFU > UK**
			• DJJ
			  • (-) → mola komplit
			  • (+) → mola parsial
			• bHCG >>
			• USG
			  • **Snowstorm** → mola komplit
			  • **Honeycomb** → mola parsial

Tatalaksana	Dilatasi kuretase AVM	Laparatomi eksplorasi	AVM

ABORTUS

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ABORTUS

Definisi: **penghentian kehamilan sebelum janin mencapai viabilitas** (usia kehamilan **<22 minggu**) atau (usia kehamilan **<20 minggu dengan berat janin <500 gram**)

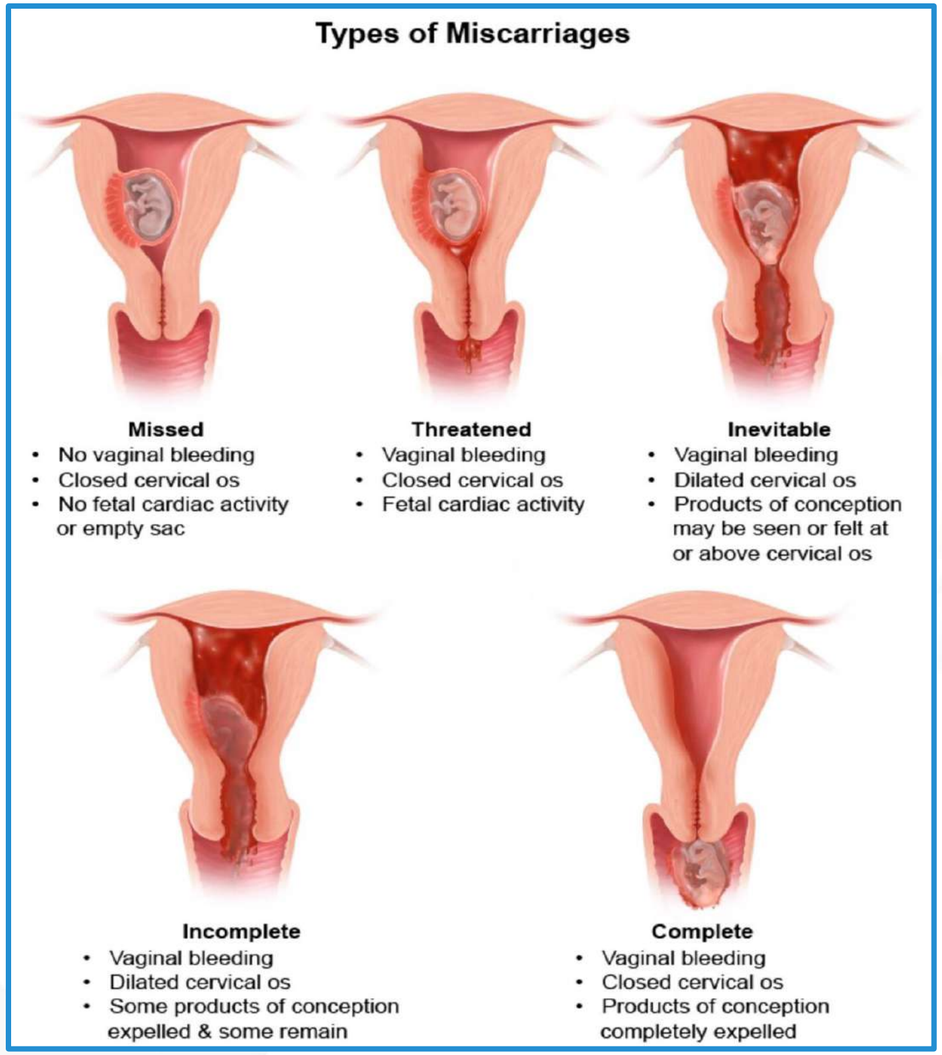
Diagnosis	Perdarahan	Nyeri perut	TFU	Serviks	Gejala khas
Abortus Iminens	Sedikit	Sedang	Sesuai usia kehamilan	Tertutup	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Insipiens	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Inkomplit	Sedang-banyak	Sedang-hebat	Lebih kecil dari usia kehamilan	Terbuka	Ekspulsi sebagian jaringan konsepsi
Abortus Komplit	Sedikit	Tanpa/sedikit	Lebih kecil dari usia kehamilan	Tertutup	Ekspulsi seluruh jaringan konsepsi
Missed Abortion	Tidak ada	Tidak ada	Lebih kecil dari usia kehamilan	Tertutup	Janin telah mati tapi tidak ada ekspulsi
Abortus Septik	Perdarahan berbau	Tidak ada	Kurang dari usia kehamilan	Tertutup	Tidak ada ekspulsi jaringan konasepsi

MEDIKOLOGIC

”IN”..
Mulut terbuka → **Portio terbuka**

”IM”..”KOM”
Mulut tertutup → **Portio tertutup**

(Sari,2018) Hal 6 ; (WHO, 2022) Hal 2



Etiologi: RIBCAGE

- **R**adiation
- **I**mmunological
- **B**ugs (infection)
- **C**ervial incompetence
- **A**natomy anomaly
- **G**enetic
- **E**ndocrine
- **E**nviromental

Abortus Rekuren / Habitualis

- Abortus **spontan berturut-turut selama 3 kali atau lebih**
- Penyebab: anomali kromosom

Abortus Septik

- Komplikasi dari abortus kriminalis
- **Tanda dan Gejala**
  - Demam
  - Sekret vagina berbau
  - Leukosit > 11 ribu atau <4 ribu
  - Dapat terjadi syok septik
- **Terapi**
  - Evakuasi segera produk konsepsi, antibiotik spektrum luas parenteral, tangani syok jika terjadi.

(Sari,2018) Hal 12 ; (WHO, 2022) Hal 2

Tatalaksana Umum

- **Periksa tanda-tanda syok** (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik <90 mmHg). Jika terdapat syok, lakukan tatalaksana awal syok → pasang infus (16G) + RL tetesan cepat
- Bila pasien dalam keadaan syok, pertimbangkan kemungkinan **kehamilan ektopik terganggu**
- Bila terdapat **tanda-tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi**, berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam untuk 48 jam:
  - Ampicillin 2 g IV/IM kemudian 1 g diberikan setiap 6 jam
  - Gentamicin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam
  - Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam
- Segera rujuk ibu ke rumah sakit.
- **Tatalaksana selanjutnya sesuai jenis abortus**.

(Sari,2018) Hal 6 ; (WHO, 2022) Hal 2

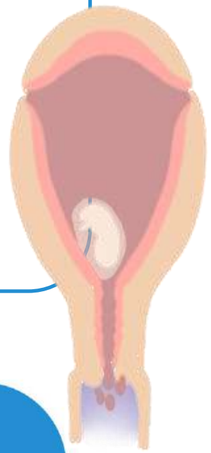
Tatalaksana: Abortus Iminens

- Pertahankan kehamilan → **Bedrest total**
- Tidak perlu pengobatan khusus.
- Tidak melakukan aktivitas fisik berlebihan atau berhubungan seksual
- Jika perdarahan berhenti, **pantau kondisi ibu selanjutnya pada ANC**.
- Pemantauan kadar Hb & USG panggul serial setiap 4 minggu → lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi.

Tatalaksana: Abortus Insipiens

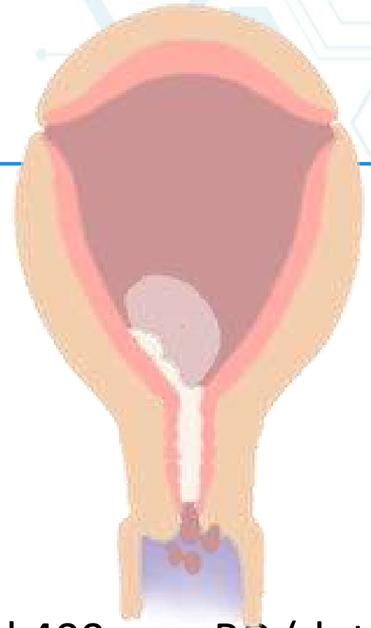
- **UK < 12 minggu**
  Evakuasi dengan **aspirasi vakum manual/cunam abortus**, disusul kerokan memakai **kuretase tajam**, lalu menyuntikkan **Ergometrin 0,5 mg IM**.

- **UK > 12 minggu**
  Infus **Oksitosin 10 IU dalam Dextrose 5% 500ml** dimulai 8 tpm, naikkan sesuai kontraksi uterus sampai terjadi abortus komplet.



(Sari,2018) Hal 15 ; (WHO, 2022) Hal 2

Tatalaksana: Abortus Inkomplit



UK < 16 minggu + perdarahan ringan sedang

- Gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks

UK < 16 minggu, perdarahan banyak, terus menerus

- Aspirasi vakum manual untuk evakuasi jaringan
- **Jika tidak ada**: kuretase dengan sendok kuret tajam
- **Jika tidak dapat** segera beri ergometrin 0,2 mg IM (dpt diulang stlh 15 menit) atau misoprostol 400 mcg PO (dpt diulang setelah 4 jam)

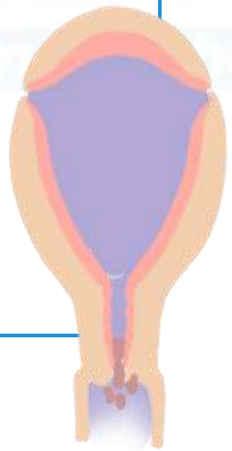
UK> 16 minggu

- Oksitosin 40U dlm 1000 cc RL, drip 40 tpm sampai terjadi ekspulsi
- **Jika perlu**: misoprostol 200 mcg pervaginam tiap 4 jam smp ekspulsi (maks 800 mcg)
- **Jika perlu**: kuretase untuk membersihkan sisa jaringan di uterus.

(Sari,2018) Hal 16 ; (WHO, 2022) Hal 2

Tatalaksana: Abortus Komplit

- **Tidak perlu evakuasi**
- Konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan KB pasca keguguran.
- **Observasi keadaan ibu**
- Anemia sedang (+) → **tablet Sulfat Ferrosus 600 mg/hari selama 2 minggu**
- Anemia berat → **transfusi darah**
- Evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu



Tatalaksana: Missed Abortion

UK < 12 minggu

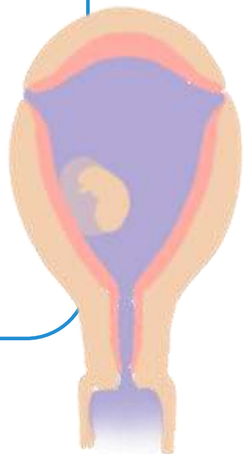
- Evakuasi dengan AVM/sendok kuret

UK 12-16 minggu

- Bila perlu dilakukan pematangan serviks
- Lakukan evakuasi dengan tang abortus dan sendok kuret.

UK > 16 minggu

- Bila perlu dilakukan pematangan serviks.
- Evakuasi → infus oksitosin 20 unit dlm 500 ml NaCl/RL 40 tpm sampai terjadi ekspulsi.



(Sari,2018) Hal 15 ; (WHO, 2022) Hal 2

MOLA HIDATIDOSA

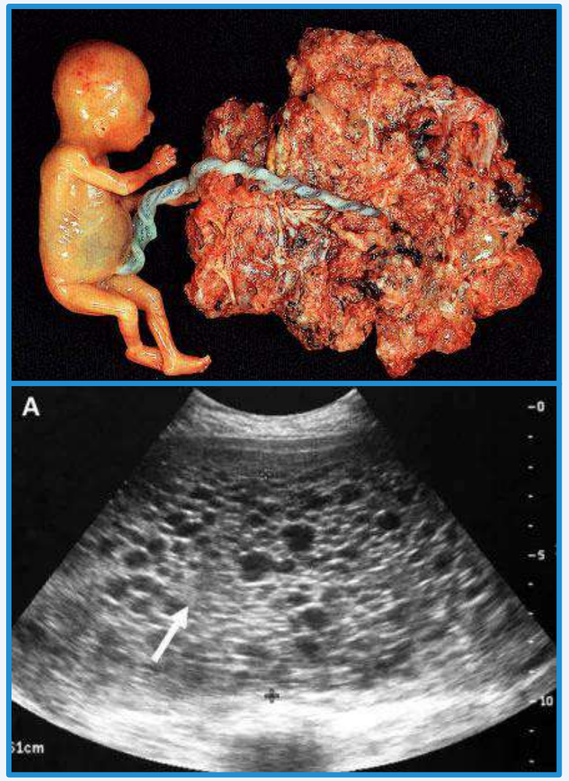
Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

MOLA HIDATIDOSA

Definisi

Merupakan **penyakit trofoblast gestasional yang disebabkan oleh kelainan villi khorialis** akibat proliferasi trophoblast.

Klasifikasi	Komplit	Parsial
Kariotipe	Diploidi (46 XX/XY)	Triploidi (69XXX/XXXY)
Janin	-	+
Kadar B-HCG	Sangat tinggi (100.000)	Sedikit meninggi
Sel Trofoblas	Hiperplasia diffuse (**snowstorm appearance**)	Hiperplasia fokal (honey comb appearance)
Uterus	Membesar secara abnormal & lunak	Uterus kecil atau sesuai usia
Hiperemesis	Dominan	Minim
Tirotoksikosis	Dominan	Minim
Terdiagnosa	8-16 minggu	10-22 minggu



Honeycomb Appearance

Gejala Khas

TFU>UK, mual muntah hebat, perdarahan UK<20 mgg

Snowstorm (badai) → sapu bersih → tidak ada janin

Tatalaksana

a. **Evakuasi:** kuretase tumpul → **PA semua jaringan** → kuretase tajam **7-10 hari** kemudian untuk **memastikan** uterus benar-benar kosong

b. **Kontrasepsi:** cegah kehamilan **minimal 1 tahun**

Monitoring

- Cek **HCG serum setiap 2 minggu**
  - hCG **menetap/naik 2x pemeriksaan berturut-turut** → rujuk ke RS tersier (**kemoterapi**)
  - hCG urin **tidak negatif >8 minggu** → rujuk ke RS tersier (curiga **koriokarsinoma**)
- Setelah kadar normal → **cek hCG tiap bulan selama 6 bulan, kemudian setiap 2 bulan selama 1 tahun**

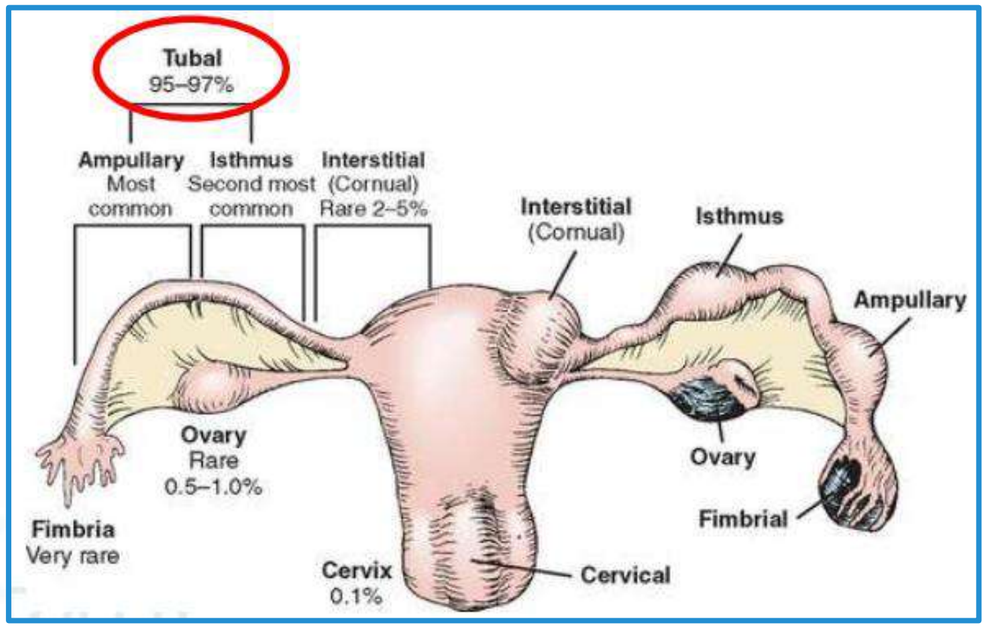
KEHAMILAN EKTOPIK

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KEHAMILAN EKTOPIK

Definisi

- **Kehamilan** yang terjadi **di luar cavum uteri** (tidak rupture) → asimptomatik.
- Jika **rupture** → **Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)** → **perdarahan** hebat & hipotensi.



Klinis

- Perdarahan pervaginam
- Nyeri abdomen dan pelvis
- **Nyeri goyang porsio (chandelier sign)**
- Serviks tertutup
- Pucat
- Hipotensi dan hipovolemia
- Bisa sampai penurunan kesadaran

Triad KE

Amenorrhea + nyeri perut + perdarahan pervaginam

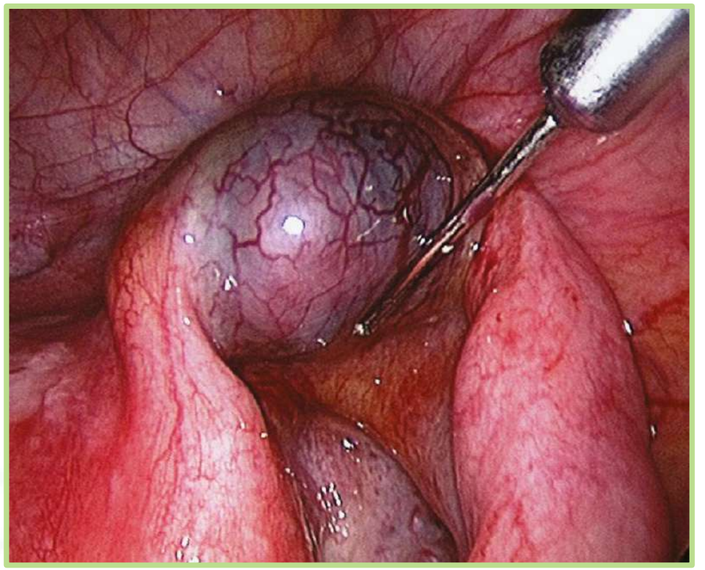
Diagnosis

- VT → **cavum douglas menonjol**
- PP test → positif → pastikan kehamilan
- Kuldosintesis → darah
- USG → pastikan tempat implan
- **Laparoskopi (Gold Standard)**

(Sarwono et al, 2008) Hal 198 ; (Sari,2018) Hal 21

Tatalaksana Umum

- Restorasi cairan tubuh dengan cairan kristaloid NaCl 0,9% atau RL (500 mL) dalam 15 menit pertama atau 2 L dalam 2 jam pertama
- Segera rujuk ibu ke RS



Tatalaksana Khusus

- **Laparotomi: eksplorasi kedua ovarium dan tuba fallopii**
  - Kerusakan berat pada tuba : **salpingektomi**
  - Kerusakan ringan pada tuba: **salpingostomi**
- Sebelum memulangkan pasien, berikan konseling untuk penggunaan kontrasepsi. Jadwalkan kunjungan ulang setelah 4 minggu.
- Atasi anemia dengan pemberian tablet besi sulfas ferosus 60 mg/hari selama 6 bulan.

(Sarwono et al, 2008) Hal 204 ; (Sari,2018) Hal 35

Perdarahan Awal Kehamilan

Abortus

- **Abortus Imminens**
  Perdarahan (+), nyeri (+), ekspulsi jaringan (-), TFU = UK, serviks tertutup, **DJJ (+)**
- **Abortus Insipien**
  Perdarahan & nyeri berat, **ekspulsi jaringan (-)**, TFU = UK, **serviks terbuka,** DJJ (-)
- **Abortus inkomplit**
  Perdarahan & nyeri berat, **ekspulsi sebagian jaringan (+)**, TFU < UK, serviks terbuka, DJJ (-)
- **Abortus komplit**
  Perdarahan (+), nyeri (+), **ekspulsi seluruh jaringan (+)**, TFU < UK, serviks tertutup, DJJ (-)
- **Missed Abortion**
  Perdarahan (-), nyeri (-), **ekspulsi jaringan (-), TFU < UK**, serviks tertutup, DJJ (-)

Mola Hidatidosa

Akibat proliferasi trophoblast
Gejala & Tanda:

- Perdarahan pervaginam setelah periode amenorea
- **TFU > UK**
- **Hiperemesis**
- Peningkatan hCG 100,000 mIU/mL
- DJJ (-) pada tipe komplit, DJJ (+) pada tipe parsial
- USG: gambaran **(snow storm → tipe komplit), (honey comb → tipe parsial)**

KET

- Perdarahan pervaginam
- Nyeri abdomen dan pelvis
- Pucat, hipotensi → syok, penurunan kesadaran
- **VT: Nyeri goyang porsio (chandelier sign), Cavum douglas menonjol**
- Dx: USG , Gold Standard: Laparoskopi
- Tx: laparotomi eksplorasi

SOAL 27

Seorang perempuan 28 tahun hamil 9 minggu datang dengan perdarahan pervaginam disertai nyeri perut bawah. Pemeriksaan dalam menunjukkan serviks terbuka dan sebagian jaringan hasil konsepsi telah keluar.

Jenis abortus yang paling tepat adalah:

a. Abortus iminens
b. Abortus insipiens
c. Abortus inkomplit
d. Abortus komplit
e. Missed abortion

SOAL 28

Seorang ibu hamil 14 minggu datang dengan keluhan mual muntah hebat dan perdarahan pervaginam. TFU lebih besar dari usia kehamilan, tidak terdengar DJJ, dan kadar β-hCG sangat tinggi. USG menunjukkan gambaran “snowstorm”.

Diagnosis paling mungkin adalah:

a. Kehamilan normal
b. Abortus inkompletus
c. Kehamilan ektopik
d. Mola hidatidosa
e. Plasenta previa

SOAL 29

Seorang perempuan 30 tahun datang dengan amenore 6 minggu, nyeri perut bawah unilateral, dan perdarahan pervaginam sedikit. Pemeriksaan menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 90 x/menit. Tes β-hCG positif. USG transvaginal tidak tampak kantung gestasi intrauterin dan terlihat massa adneksa kanan.

Diagnosis paling tepat adalah:

a. Abortus iminens
b. Mola hidatidosa
c. Kehamilan ektopik
d. Plasenta akreta
e. Kehamilan normal awal

SOAL 30

Seorang perempuan 30 tahun datang ke IGD dengan nyeri perut bawah hebat mendadak disertai pusing dan lemas. Riwayat terlambat haid 7 minggu. Pemeriksaan menunjukkan TD 85/50 mmHg, N 122 x/menit, RR 24 x/menit, T 36,7°C. Abdomen nyeri tekan difus dengan tanda rangsang peritoneum, pemeriksaan ginekologis tampak nyeri goyang serviks. Tes kehamilan urin positif.

Tatalaksana paling tepat pada pasien ini adalah:

a. Observasi ketat
b. Metotreksat intramuskular
c. Kuretase uterus
d. Laparotomi emergensi
e. Induksi persalinan

MEDIKO.ID
make the med-easy!

THANK YOU

Scan untuk melihat kelas lainnya.

BIMBEL KEDOKTERAN NO #1 DI INDONESIA

@mediko.id 0821-3403-8758